ZESZYT JUBILEUSZOWY.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

DZIEKANKA

ROK VI. 1929 KWART. III-IV.

Prace Oryginalne.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka

Dyr. Dr. med. Dr, phil. Al. PIOTROWSKI.

Dziesięciolecie działalności polskiej w Dziekance.

Skreślił
AL. PIOTROWSKI.

W dniu 1. lipca rb. minęło 10 lat od chwili, kiedy kierownictwo Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka przeszło definitywnie w polskie ręce.

Dyrekcja Dziekanki postanowiła uczcić rocznicę przez wydanie zeszytu jubileuszowego Nowin Psychjatrycznych, zawierającego krótkie sprawozdania na temat rozwoju Zakładu w ubiegłym okresie, notatki administracyjne i statystyczne, widoki Zakładu. Pozatem składają się na treść zeszytu oryginalne prace naukowe, sprawozdania z naukowych posiedzeń lekarskich, streszczenia i oceny prac z piśmiennictwa fachowego, rodzimego i zagranicznego.

Władzą nadzorczą Dziekanki jest Poznańskie Starostwo Krajowe, które interesuje się żywo sprawami Zakładu, stara się o jego dobro i rozkwit, które podniosło administrację i gospodarkę Szpitala na wysoki poziom sprawności oraz położyło duże zasługi około rozwoju Dziekanki nie tylko pod względem gospodarczym, ale także pod względem naukowym, czego najlepszym dowodem są: „Nowiny Psychjatryczne“ i „Przewodnik Pielęgniarski“, czaso-

pisma wydawane przy pomocy finansowej Starostwa Krajowego Poznańskiego, oraz Pomorskiego i Województwa Śląskiego. Władze te okazały uznania godne zrozumienie dla potrzeb psychjatrji polskiej, za co Dyrekcja wyraża niniejszem głęboką wdzięczność.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka, położony w odległości 1 kilometra od Gniezna, po lewej stronie szosy, prowadzącej do Poznania — po prawej stronie wznoszą się domy mieszkalne dla pielęgniarzy — może pomieścić przeszło 1000 chorych. Obecnie znajduje się w Dziekance 1035 pacjentów. Dokładny opis Zakładu wydrukowano w Nowinach Psychjatrycznych 1925, I, skąd zaczerpnęliśmy następujące daty.

Dnia 11 czerwca 1890 r. „Landeshauptmann" w Poznaniu nabył 116,731 hektarowy majątek Dziekanka pod Gnieznem za 186700 mk. na własność „prowincji" poznańskiej celem wystawienia na tym terenie zakładu psychjatrycznego.

Budowa rozpoczęła się w październiku 1891 r., trwała do października 1894 r. i kosztowała około 3.000.000 mk.

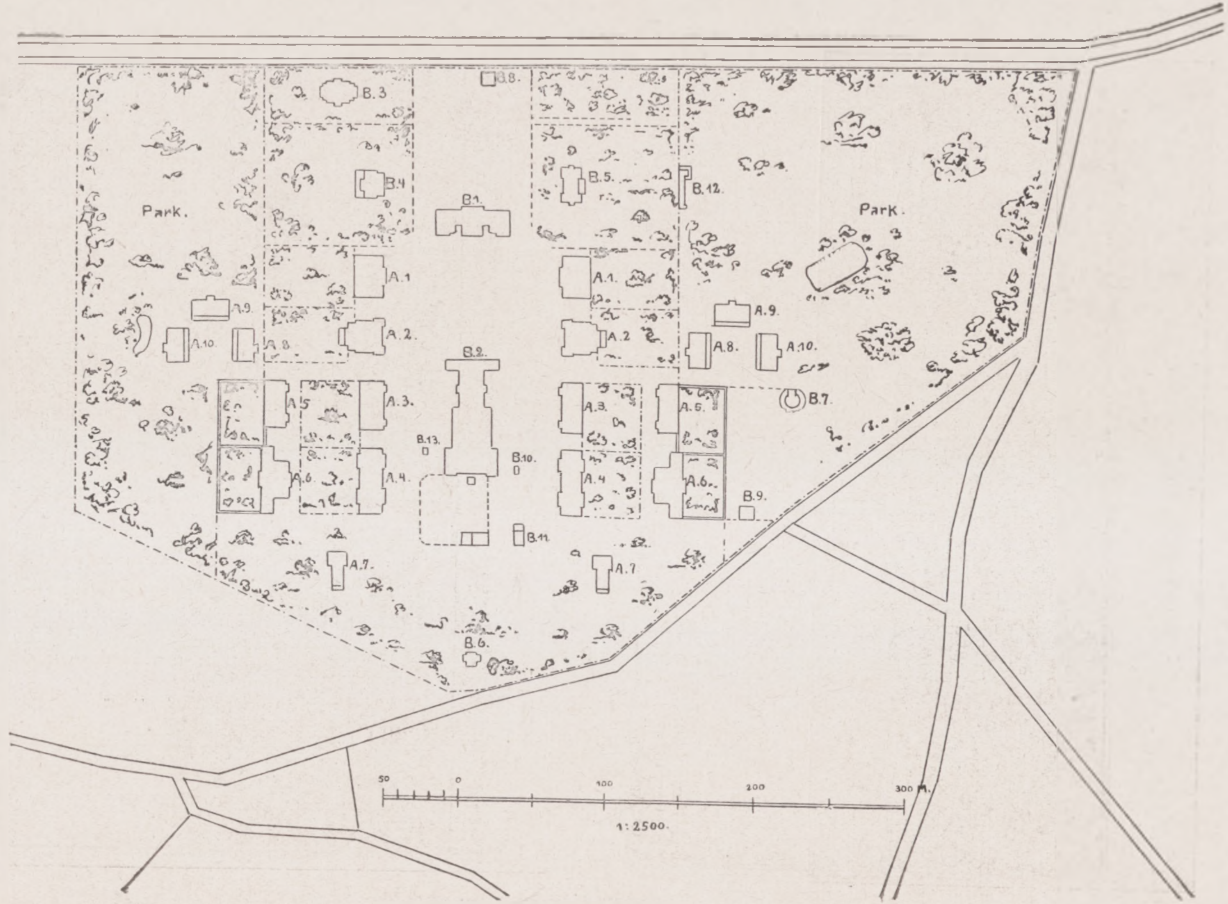
Do Zakładu należy obszar ca. 600 morgowy, graniczący na wschodzie z gruntami miasta Gniezna. Z terenu tego przypada ca. 100 mórg na dziedziniec, ogrody, parki, sady. Reszta, ca. 500 mórg uprawnej roli z zabudowaniami, tworzy folwark, na którym pacjenci Zakładu, zdolni do pracy rolnej, znajdują odpowiednie zatrudnienie. Na obszarze Dziekanki wznosi się przeszło 50 budowli o różnem przeznaczeniu. Do Zakładu wchodzi się od szosy przez główną bramę, mija się domek oddźwiernego po lewej stronie, a kaplicę zakładową i wodotrysk, zbudowany przez pacjenta Zakładu W. K., po prawej stronie wejścia. Naprzeciwko wjazdu wznosi się imponujący dwupiętrowy główny gmach administracyjny. Po prawej stronie tego gmachu widzimy willę dyrektorską, po lewej stronie willę lekarzy-prymarjuszy. Na drugim planie, w pośrodku obszernego dziedzińca, wznoszą się budynki gospodarcze. Na uboczach dziedzińca ustawionych jest 6 domków, mieszczących studnie o zapędzie elektrycznym, rzeźnię i straż pożarną, kuźnię i wagę decymalną dla wozów ciężarowych oraz garaż automobilowy. W południowej części obszaru zakładowego znajduje się prosektorjum. W zachodnim parku położone są pawilony szpitalne dla kobiet i plac tenisowy, a na wschodnim terenie pawilony dla mężczyzn, willa dla lekarzy ordynatorów, cieplarnia, dom dla I. ogrodowego, dom dla II. oddźwierwego, kręgielnia, plac footbalowy



Domy mieszkalne pielęgniarzy.



Folwark.



Plan sytuacyjny Zakładu.



Pacjenci przy żniwach.



Pacjenci przy młóceniu.



Żniwa na tle katedry.



Pacjenci przy wybieraniu kartofli.

lodownia na 60 m^3 lodu. Zakład posiada własną kanalizację, wodociągi, elektryczne światło i centralne ogrzewanie.

Dla celów szpitalnych służy 21 pawilonów, mianowicie:

1) 2 pawilony dla pensjonarzy,
2) 2 „ „ pacjentów będących pod obserwacją,
3) 2 „ „ „ spokojnych,
4) 2 „ „ „ fizycznie chorych (lazaret),
5) 2 „ „ „ pracujących,
6) 2 „ „ „ niespokojnych,
7) 2 „ „ „ zakaźnie chorych,
8) 6 powilonów otwartych,
9) 1 pawilon dla pacjentów pracujących na folwarku.

Do celów administracyjnych i ogólnych służą:

1) Główny gmach administracyjny,
2) Budynek gospodarczy,
3) Kościół,
4) Willa Dyrektora,
5) Willa lekarzy prymarjuszów,
6) Willa lekarzy ordynatorów,
7) Domy dla dwóch oddźwiernych,
8) Dom dla ogrodowego,
9) Prosektorjum z kaplicą pogrzebową,
10) Lodownia,
11) Kręgielnia,
12) Kuźnia i waga,
13) Straż pożarna i rzeźnia,
14) Garaż automobilowy,
15) 4 studnie elektryczne (pozatem 1 studnia znajduje się w budynku gospodarczym).

Oś podłużna Zakładu biegnie z północy na południe. Pawilony znajdują się w ogródkach, ogrodzonych żelaznemi sztachetami. pawilon V. ż. i pawilony „otwarte" nie mają ogrodzenia, położone są bezpośrednio w parku. Pawilon VI. dla niespokojnych kobiet leży w ogrodzie okolonym sztachetami. Żelazne sztachety (częściowo żywopłot) otaczają cały Zakład. Murów przy pawilonach dla niespokojnych mężczyzn nie usunięto z powodu protestu ogrodowego; stanowią one bowiem osłonę dla cieplarni przed chłodnymi, wilgotnymi, zachodnimi wiatrami wiosennymi; od strony północnej pozostawiono mury ze względów estetycznych. Domy mają piwnice i są zbudowane z surowej cegły.

Sale dzienne znajdują się zwykle na parterze, sypialnie natomiast przeważnie na pierwszem piętrze. Tylko w pawilonach dla pensjonarzy oraz w pawilonach dla pacjentów nowo przyjętych i dla słabowitych znajdują się sale dzienne i sypialnie na parterze. Pawilony dla nowo przyjętych i dla cieleśnie chorych są parterowe, aby chorym oszczędzić trudu chodzenia po schodach. Dachy są wykonane z cementu drzewnego, tylko kościół pokryty jest dachówką. Podłoga wszędzie wyłożona jest parkietem dębowym, spoczywającym miejscami w asfalcie. Parkiet dębowy okazał się praktycznym; po 40 latach prawie niema znaków zużycia. Ściany na oddziałach dla chorych III-ej klasy są zaopatrzone do wysokości 2-ch metrów we warstwę cementową i pomalowane olejną farbą; schody założone tak, ażeby nie mogły ulec spaleniu. Okna są przeważnie podwójne. Komory i szatnie znajdują się częściowo na strychach. Wszystkie pawilony mają urządzenia kąpielowe i centralne ogrzewanie. Piece znajdują się tylko w części otwartej Zakładu, w gmachu administracyjnym i w mieszkaniach urzędniczych. W szczegółach pawilony nie różnią się prawie między sobą; różnice są niewielkie i uwarunkowane przeznaczeniem pawilonu.

I. Pawilony pensjonarskie są przeznaczone dla spokojnych, socjalnych pacjentów I i II klasy.

Pensjonarze I-ej klasy mogą otrzymać dla siebie pokój tylko wtedy, gdy stan ich psychiczny pozwala na samotność albo gdy mają osobnego pielęgniarza, jednego dziennego i jednego nocnego za osobną opłatą. Pacjenci II-ej klasy mieszkają wspólnie w jednym pokoju. Na każdem piętrze znajduje się duży salon i jadalnia; każde piętro ma werandę otwartą lub zamkniętą, która może być ogrzewana, oprócz tego szereg ubikacji pobocznych jak łazienki, szatnie, ustępy, komórki do przechowania sprzętów i t. p. Izolatki są zniesione.

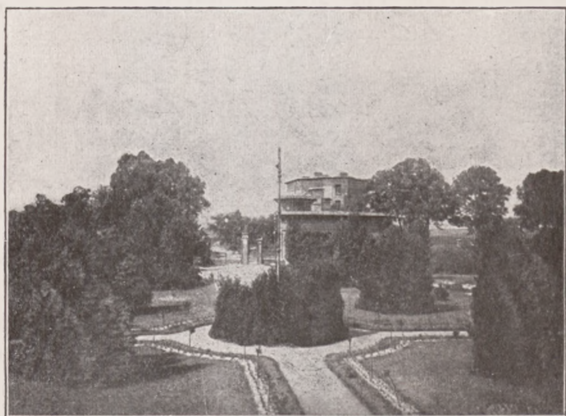
II. Oddziały obserwacyjne. Dwa pawilony parterowe zawierają po dwie duże sypialnie zajmujące długość całego budynku i połączone jedna z drugą drzwiami. Na osobę przypada 35 m^3 powietrza. Każda sypialnia ma połączenie z salą dzienną, skąd wychodzi się na werandę i do ogrodu. Pokoje mniejsze (1—2) przeznaczone są dla pacjentów klasowych (dawniejsze izolatki przerobione na mieszkania) albo dla młodszego personalu pielęgniarskiego; gabinet lekarski, ubikacje poboczne jak łazienki, kuchenki, ustępy, komory, uzupełniają rozmieszczenie wewnętrzne domów. Na tych oddziałach przebywają chorzy, znajdujący się pod ścisłą



Wila lekarska (front).



Wila lekarska (widok z ogrodu).



Widok na główną bramę.



Salon w pensjonacie żeńskim.



Weranda w pensjonacie męskim



Ogród w pensjonacie żeńskim.



Pawilon dla kobiet będących pod obserwacją



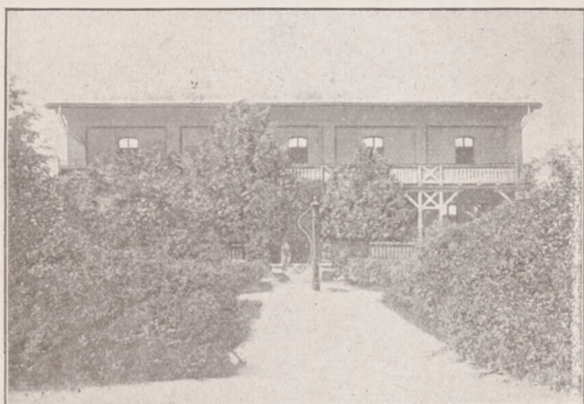
Ogród pawilonu dla kobiet będących pod obserwacją.



Pawilon dla kobiet gruźliczych.



Lazaret



Pawilon 3 kl. dla kobiet spokojnych.



Jadalnia pawilonu 3 kl. dla kobiet spokojnych.

obserwacją psychjatryczną, w pierwszym rzędzie pacjenci nowo przyjęci. Stąd dopiero rozmieszcza się chorych na inne oddziały.

III. Pawilony dla spokojnych. Dwa budynki dwupiętrowe z dwoma oddziałami; do każdego oddziału prowadzi osobne wejście i osobna klatka schodowa. Oprócz sal dziennych i sypialnych pawilony posiadają mieszkania dla młodszego personalu, pozatem ubikacje do mycia, łazienki, ustępy, szatnie i komórki do przechowywania sprzętów. W sypialniach przypada na osobę po 20 cbm., a w salach dziennych po 15 cbm. powietrza. Izolatki są zniesione.

IV. Lazaret. Dwa budynki jedno-piętrowe przeznaczone dla pacjentów, cierpiących na niedomagania cielesne, zawierają po 6 dużych sal, gabinet lekarski, mieszkania dla młodszego personału, ubikacje uboczne jak wspólne umywalnie, łazienki, ustępy, komory do rzeczy, komórki do przechowywania sprzętów, kuchenki, w piwnicy wanny cementowe do płukania bielizny zanieczyszczonej i warsztaty. Sypialnie zawierają po 20 cbm., a sala dzienna po 15 cbm. powietrza na osobę. Izolatki są zniesione.

V. Oddziały dla pracujących. Dwa pawilony tak samo urządzone jak oddziały pod III.

VI. Oddziały dla niespokojnych. Dwa budynki piętrowe. Parter zawiera 3 sale sypialne, salę kąpielową (6 wanien szamotowych), gabinet lekarski, mieszkania dla młodszego personału, pokoje dla pacjentów klasowych, komory, kuchenkę, wspólne umywalnie, ustępy. Ze środkowej sali prowadzi wyjście na werandę i do ogrodu. Piętro zawiera 2 sale dzienne, pojedyncze pokoje, mieszkania dla młodszego personału, wspólne umywalnie i ustępy. Isolatki są zniesione.

VII. 2 Pawilony dla chorych zakaźnych. Każdy pawilon zawiera salę na 17 łóżek, dwa osobne pokoje (po 3 łóżka), umywalnię, kuchenkę i łazienkę, ustęp i komórkę do chowania sprzętów, ogrzewanie podłogi, posadzkę z gipsu pokrytą linoleum, po stronie południowej otwartą werandę z wyjściem do sadu, na szczycie dachu urządzenie do wentylacji.

VIII. IX. i X. M. i Ż. Pawilony otwarte. Sześć jednopiętrowych pawilonów dla pacjentów, nie potrzebujących dozoru. Sypialnie zawierają po 20, sale dzienne po 15 cbm. powietrza na osobę. Na parterze znajdują się pokoje mieszkalne, a na pierwszem piętrze sypialnie. Pozatem każdy pawilon posiada kuchenkę, wspólną umywalnię, szatnię, ustępy i komory. Budynki mają ogrzewanie piecowe. Podłogi są wyłożone deskami sosnowemi. Przed każdym

domem znajduje się długa kryta weranda. Drzwi zamyka się tylko na noc. Kąpiele (wanny i natryski) dla pacjentów z oddziałów otwartych mieszczą się w budynku gospodarczym.

XI. Pawilon dla pracowników folwarcznych. Po lewej stronie drogi z Zakładu na folwark wznosi się parterowy budynek, zawierający sypialnię na 16 łóżek, salę dzienną i ubikacje uboczne, jak pokój mieszkalny dla pielęgniarza, kuchenkę, komórkę do sprzętów. Pawilon XI. przeznaczony jest dla mężczyzn, rekonwalescentów wzgl. chroników zajętych robotami na folwarku.

Na południowym końcu osi głównej zakładowej znajduje się prosektorjum, zawierające pokój sekcyjny, pracownię z muzeum anatomo-patologicznem i kaplicę pogrzebową.

Budynki służące do potrzeb administracyjnych ogólnych:

I. Główny gmach administracyjny. Na parterze mieszczą się biura zarządu, kancelarja, rejestratura, intendantura, kasa, poczekalnia, gabinety służbowe dyrektora i lekarzy, apteka, laboratorjum, sala konferencyjna, kasyno lekarskie, bibljoteka, na I i II piętrze sala teatralna, sala wykładowa, mieszkania lekarzy asystentów i urzędników administracyjnych.

II. Budynki gospodarcze. W budynkach gospodarczych mieszczą się: biuro gospodarcze, kuchnia z ubikacjami pobocznemi, spiżarnia, pralnia, elektryczna suszarnia, składnica bielizny ze szwalnią, komory, kotlarnia, elektrownia, ślusarnia oraz warsztaty: stolarski, szewski, krawiecki i siodlarski. W hali maszyn czynne są na zmianę dwie maszyny parowe o sile 130 HP. i 45 HP. Kotlarnia zawiera 4 duże kotły, każdy 360 ctr. ciężki o powierzchni 88 m². Nad halą maszyn wznosi się 40 m. wysoka wieża wodna z 2-ma rezerwoarami po 75 m³ pojemności.

Wszystkie budynki i ubikacje służbowe mają połączenie telefoniczne między sobą za pomocą centrali umieszczonej w pokoju służbowym oddźwiernego.

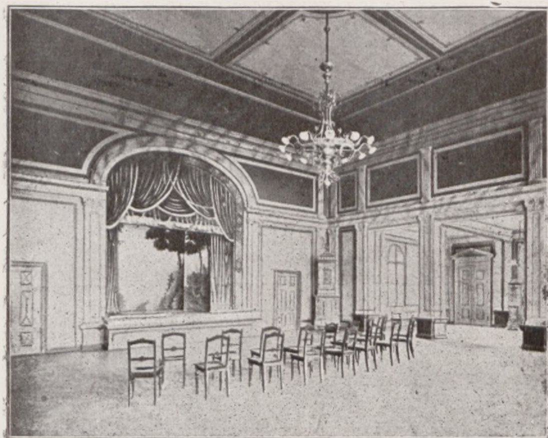
III. Kościół. W północnej części terenu zakładowego wznosi się kościół o 2 ołtarzach, dla katolików i protestantów.

Przyjęcie chorego do Zakładu uzależnione jest od wypełnienia następujących warunków. Przybysz musi przedłożyć:

1) świadectwo lekarskie, stwierdzające zachorzenie psychiczne i potrzebę umieszczenia chorego w zakładzie psychjatrycznym,
2) zobowiązanie rodziny do ponoszenia kosztów utrzymania chorego w zakładzie, w razie ubóstwa zobowiązanie właściwej



Westybul w głównym gmachu administracyjnym.



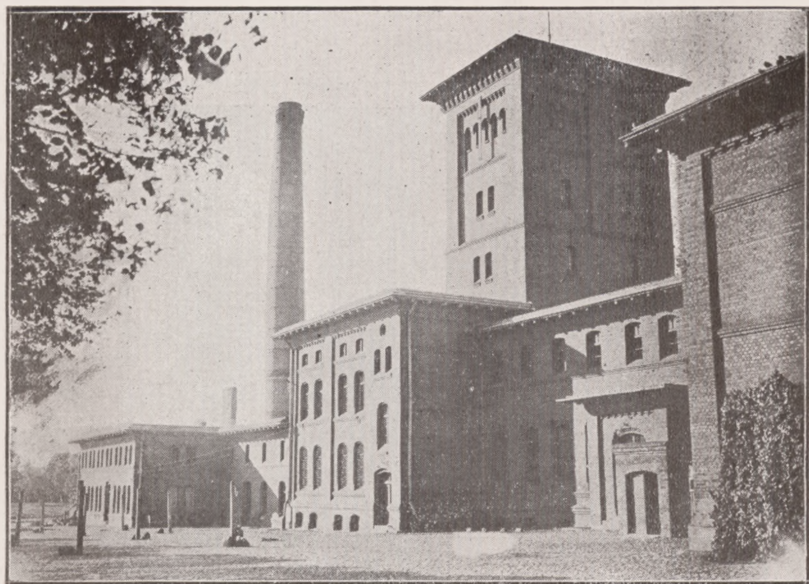
Sala teatralna



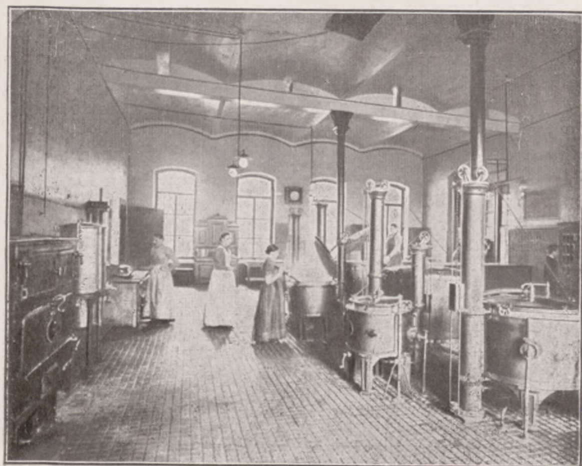
Sala konferencyjna.



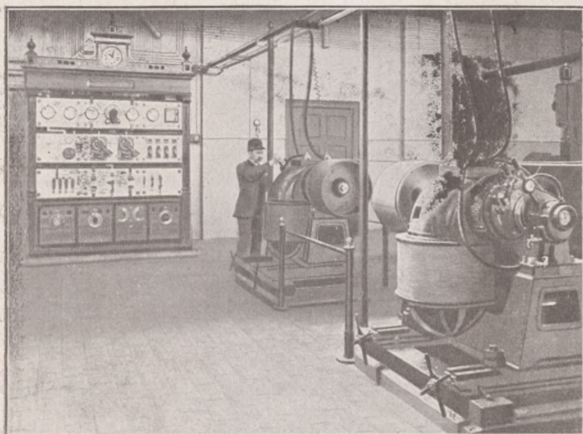
Sala wykładowa.



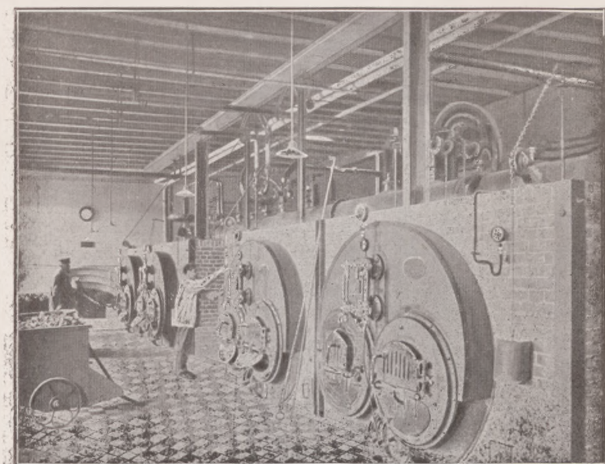
Główny budynek gospodarczy.



Kuchnia.



Maszynownia.



Kotłownia.

gminy lub instytucji społecznej, zobowiązanej do świadczeń w razie choroby członka,

3) wywiad urzędowy,
4) zezwolenie Starostwa Krajowego w Poznaniu na umieszczenie chorego w zakładzie,
5) opłatę za utrzymanie miesięcznie z góry.

W przypadku nagłym odpadają warunki pod 2—5, natomiast nieodzownem jest wykonanie warunku ad 1.

Koszty utrzymania pacjentów z Województwa Poznańskiego wynoszą dla I-ej klasy 11 zł., dla II-ej klasy 4,75 zł, a dla III-ej klasy 3,25 zł., za ubogich 1,85 zł. Pacjenci z poza Województwa Poznańskiego dopłacają 30%.

Odżywianie podawane 5 razy dziennie jest obfite i zdrowe. Pacjenci I kl. otrzymują co dzień mięso, z wyjątkiem dni postnych. i ciepłą kolację. W II klasie podaje się obiad bez leguminy i codzień ciepłą kolację. Chorzy III kl. otrzymują 3 razy dziennie pożywienie, rano ½ l. kawy z mlekiem i 250 gr chleba, na obiad mięso (3 razy tygodniowo), w dni bezmięsne okrasę, w piątek potrawę postną, na kolację zupę i chleb. Pożywienie pacjentów pracujących składa się z 5 porcji dziennie. Djeta oraz dodatki, zapisane przez lekarza, są bezpłatne.

Służba w Zakładzie jest uregulowana na zasadach Statutu organicznego oraz regulaminów i przepisów służbowych.

Na czele Zakładu stoi dyrektor, który jest naczelnym lekarzem i kierownikiem administracji. Oprócz dyrektora etat przewiduje dwóch lekarzy prymarjuszów, dwóch lekarzy ordynatorów, dwóch lekarzy asystentów klasyfikowanych, 3 lekarzy nieklasyfikowanych, 2 praktykantów lekarskich oraz 170 urzędników i funkcjonarjuszy, nie licząc pracowników ubocznych i folwarcznych.

Służba lekarska jest unormowana osobnym regulaminem (patrz zał. I).

Dyrektorem i naczelnym lekarzem jest dr. med. dr. phil Aleksander Piotrowski, powołany z Berlina na to stanowisko z dniem 1. lipca 1919 r. W ubiegłem 10-cio leciu w Dziekance praktykowali następujący lekarze.

1) Prymarjusz Dr. med. St. Kryzan (od 1. 8. 1919 do 31. 3. 1920; dnia 1. 4. 1920 Dr. Kryzan objął stanowisko dyrektora w Kocborowie).
2) Lekarz asystent Brunon Taberski (od 1. 8. 1919 do 5. 3. 1921).

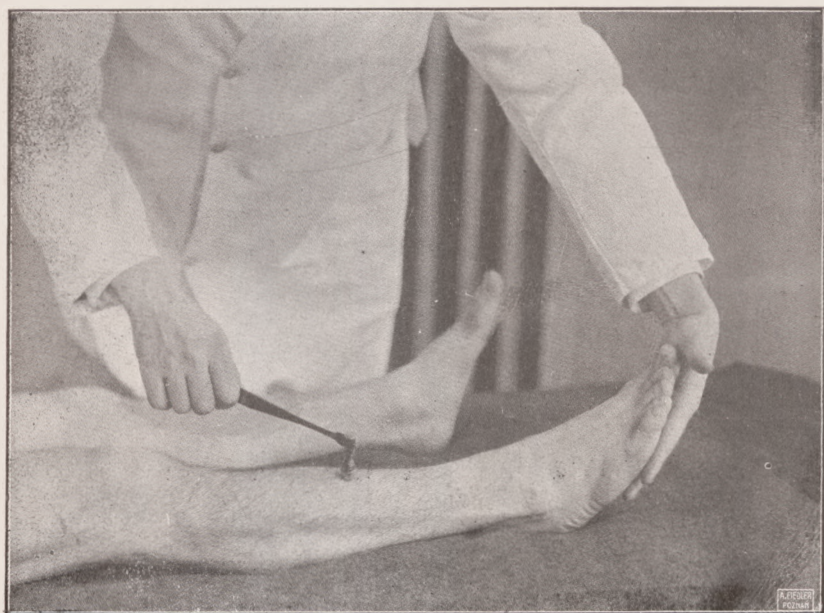
3) Lekarz-asystent Dr. med. Jan Wietrzyński (od 18. 5. do 20. 8. 1920, objął kierownictwo zakładu w Owińskach.)
4) Prymarjusz Dr. A. Falkowski (od 24. 4. 1921 do 31. 8. 1922).
5) Asystent Hipolit Latyński (od 1. 7. 1921 do 31. 3. 1922).
6) Prymarjusz Dr. de Beaurain (od 25. 7. 21 do 1. 6. 1924., przeniesiony został do Owińsk).
7) Lekarz-asystent M. Wiendlocha (od 30. 9. 21 do 2. 6. 1922, objął kierownictwo zakładu w Rybniku).
8) Prymarjusz Dr. O. Bielawski (od 24. 10. 1921).
9) Lekarz-asystent Dr. med. Stanisław Salkowski (od 15. 10. 1923 do 14. 5. 1924).
10) Lekarz-asystent Dr. med. Brunon Nowara (od 19. 11. 1923 do 31. 1. 1924).
11) Ordynator Dr. M. Siemionkin (od 1. 9. 1922 do 30. 9. 1925).
12) Lekarz-asystent Jan Małecki (od 8. 11. 24 do 1. 1. 1925, przeniesiony z dniem 2. 1. 1925. do Kościana).
13) Prymarjusz Dr. med. E. Reiman (od 1. 6. 1924, przeniesiony 16. 12. 1925 do Kościana).
14) Prymarjusz Dr. J. Gawroński (od 16. 12. 1925).
15) Lekarz-asystent Dr. K. Sągin (od 1. 1. 1925 do 31. 10. 1926).
16) Lekarz-asystent Dr. W. Januszewski (od 8. 4. 1926 do 13. 9. 1927).
17) Lekarz-asystent Dr. Mieczysław Luziński (od 1. 3. 1927 do 14. 11. 1927).
18) Lekarz-asystent Dr. St. Oberc (8. 2. 1926 do 31. 3. 1927).
19) Lekarz-asystent Dr. Roman Staszkiewicz (od 6. 11. 1927 do 31. 3 1928).
20) Lekarz-asystent Dr. Aleksander Bernadzikowski (od 10. 11. 1927 do 30. 6. 1928, przeniesiony do Kościana).
21) Lekarz-asystent Dr. Henryk Zajączkowski (od 16. 11. 1927 do 15. 5. 1929, objął kierownictwo lecznicy dla alkoholików w Świacku).
22) Lekarz-asystent Dr. Stanisław Nurczyk (od 16. 2. 1928 do 31. 5. 1928).
23) Lekarz-asystent Dr. Wiktor Raczek (od 25. 3. 1928 do 31. 5. 1928).
24) Lekarz-asystent Dr. Fr. Wilczyński (od 18. 10. 1928).
25) Lekarz-asystent Dr. Adam Liszka (od 15. 11. 1928 do 28. 2. 1929).
26) Lekarz-asystent Dr. Wacław Gorzkowski (od 1. 1. 1929).

Lekarze Zakładu Dziekanka.



J. Medem. Br. Jesionowski.
Dr. Bielawski. Dr. Świerczek. Dr. Wilczyński. Dr. Tustanowski.
Dr. Ksok. Dr. Zajączkowski. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski. Dr. Gawroński. Dr. Gorzkowski.

Objaw Piotrowskiego. Technika wywołania.



Objaw Piotrowskiego. Efekt.

27) Lekarz-asystent Dr. Stanisław Świerczek (od 15. I. 1929).
28) Lekarz-asystent Dr. Zbigniew Tustanowski (od 8. 4. 1929).
29) Lekarz asystent Dr. Franciszek Ksok (od 10. 5. 29).

Lekarze składali na zwykłych konferencjach codziennych sprawozdania o ważniejszych wydarzeniach na oddziałach, omawiali stan cielesny i psychiczny ciężko chorych, zabiegi terapeutyczne, zachowanie się nowo-przyjętych pacjentów i wogóle pacjentów z osobliwymi psychopatologicznymi przejawami. Równocześnie bywały rozpatrywane niejasne przypadki chorobowe, oraz sądowo-psychjatryczne.

Lekarze Zakładu wyjeżdżali często jako eksperci na rozprawy sądowe: do Gniezna, Inowrocławia, Bydgoszczy, Torunia, Poznania, Wrześni, Ostrowa, Leszna.

Co tydzień odbywały się kliniczne posiedzenia lekarzy zakładowych, pozatem często miesięczne publiczne posiedzenia naukowe z udziałem gości. Na posiedzeniach tych omawiano aktualne sprawy naukowe z dziedziny psychjatrji i psychologji, rozpatrywano ciekawsze przypadki psychjatryczne i neurologiczne. Głównym tematem badań i dyskusji był przedmiot rozgraniczenia schizofrenji, wysunięty przez Dyr. Al. Piotrowskiego. W następstwie tych dociekań oddzielono katatonję od schizofrenji oraz zwężono i sprecyzowano formę nozologiczną schizofrenji. Zainteresowanie dla zagadnień naukowych było żywe. Lekarze Zakładu pod kierownictwem dyr. Piotrowskiego oddawali się z zapałem specjalnym studjom i drukowali swoje prace w Nowinach Psychjatrycznych i w innych czasopismach lekarskich (patrz zał. II), wygłaszali referaty na posiedzeniach Poznańskiego Oddziału Towarzystwa Psychjatrycznego i uczestniczyli w zjazdach psychjatrów polskich.

Dnia 19 maja 1921 t. j. w 3-im dniu Zjazdu Psychjatrów Polskich w Poznaniu uczestnicy Kongresu obradowali w Dziekance i zwiedzili Zakład.

Dr. Falkowski przedstawił kilkunastu chorych z objawem Piotrowskiego, objaśniając znaczenie diagnostyczne i wartość kliniczną objawu. Objaw Piotrowskiego polega na tem, że w organicznych zachorzeniach mózgu uderzenie młoteczkiem perkusyjnym w mięsień piszczelowy przedni powoduje zamiast fizjologicznego zgięcia grzbietowego stopy reakcję przeciwną, t. j. podeszwowe

zgięcie stopy albo palców. Odruch ten (a priori chorobowy) występuje wyraźniej, jeżeli stopę ułożymy i utrzymamy w lekkiem grzbietowem zgięciu (patrz ilustrację).

W roku 1921 i 1922 Dyrektor Al. Piotrowski wykładał dla studentów Uniwersytetu Poznańskiego psychjatrję. Co rok pracowało w Dziekance kilku studentów, praktykantów i absolwentów medycyny w celach pogłębienia swoich studji psychjatrycznych.

W styczniu 1924 r. wyłoniła się w Dziekance komisja lekarska jako podkomitet Ligi Profilaktyki i Hygjeny psychicznej. Z ramienia tego podkomitetu miewał Dr. Piotrowski wykłady o alkoholiźmie w Gnieźnie i w Poznaniu dla szerszej publiczności i dla wojska, Dr. Bielawski wygłosił odczyt publiczny z obrazami świetlnymi o rozwoju psychjatrji praktycznej, Dr. Gawroński w publicznych wykładach propagandowych popularyzował wśród mieszkańców okolicznych Dziekanki zasady opieki rodzinnej.

Ponieważ dawał się odczuwać brak czasopisma psychjatrycznego (Rocznika Psychjatrycznego w ciągu pierwszych 4-ech lat wyszedł tylko jeden zeszyt, w r. 1922), przeto Dyr. Piotrowski przy pomocy finansowej ze strony Starostwa Krajowego Poznańskiego i Pomorskiego założył w r. 1924 i redagował „Nowiny Psychjatryczne". Jako dodatek do tego czasopisma wyszła drukiem większa część książki Dra O. Bielawskiego „O zbrodni i zbrodniarzu". W r. 1929 Dyr. Piotrowski założył i redaguje „Przewodnik Pielęgniarski", czasopismo poświęcone pielęgniarstwu psychjatrycznemu.

Po odejściu w r. 1920 doświadczonych pielęgniarzy, a zwłaszcza pielęgniarek niemieckich, powstały trudności z tego powodu, że nowo przyjęty młody personał polski przedstawiał surowy materjał, który nie miał wyobrażenia o pielęgnowaniu chorych w ogólności, a o dozorowaniu psychicznie chorych w szczególności, przytem nie stosował się do zleceń lekarza, czasem nawet postępował wbrew zarządzeniom jego. Fatalne skutki tego nieposłuszeństwa nie dały na siebie czekać i objawiły się w przypadku usiłowanego samobójstwa z zejściem śmiertelnem (w r. 1920). Niestety wskutek nieuwagi pielęgniarki także w ostatnim roku zaszedł wypadek usiłowanego samobójstwa z zejściem śmiertelnem. W ciągu ostatnich 10 lat był to drugi wypadek samobójstwa. Na oddziale męskim katatonik podczas krótkiej nieobecności pielęgniarza na sali uderzył swego towarzysza szuflą w głowę, raniąc go ciężko. Ranny wskutek obrażenia zmarł. Samookaleczeń nie było.

Męski personał pielęgniarski niemiecki został zastąpiony doświadczonymi pielęgniarzami Polakami, wydalonymi z zakładów niemieckich. Przyjęto ich z radością. Niestety był to element zrewolucjonizowany i ferment burzliwy, który wniósł do Zakładu niepokój. Personał tubylczy, przez przybyszów prowokatorów z Niemiec i emisarjuszy Związku Zawodowego Robotników i Rzemieślników w Gnieźnie pobudzony do nieposłuszeństwa względem przełożonych, uległ agitacji, zachowywał się prowokująco, krnąbrnie, hardo, opornie. Dnia 6. 8. 1920 r., w czasie bolszewickiego najazdu, przyjechał do Dziekanki poseł Nader z Warszawy i zwołał wiec pielęgniarzy, na którym przemawiał w sposób podburzający, niesmaczny i demagogiczny, występując przeciw władzy przełożonej; sens przemówienia był ten, że pielęgniarzy traktuje się jako niewolników, że dyrektor nie ma więcej prawa od nich, bo jest tak samo robotnikiem jak oni, że nie mają się krępować, nie mają brać najmniejszego względu na jego obecność, że mu nie wolno karcić podwładnych, że za nimi stoi silny Związek liczący 600.000 członków, z dewizą — jeden za wszystkich, wszyscy za jednego — związek, z którym się nawet minister liczyć musi. Mówca poddał nielojalnej, uszczypliwej, złośliwej, niesprawiedliwej krytyce zarządzenia ówczesnego Starosty Krajowego, wołając, że Starosta Krajowy „albo za rychło, albo za późno się urodził“, że to nie jest urzędnik, że urzędników trzeba sobie dopiero wychować. Zamiast w krytycznym czasie, jakim był okres nawały bolszewickiej, nawoływać do porządku, jak by to był uczynił każdy, państwowemi kryterjami myślący, rozumny obywatel, poseł Nader demagogicznem wystąpieniem i podburzającem przemówieniem pogmatwał pojęcia słuszności i wywołał wrzenie wśród słuchaczów. Zamiast ułatwić uciążliwą pracę organizatorską Dyrekcji, poseł Nader utrudnił ją, wprowadzając rozprzężenie i zamęt w umysłowości personału. Nie dziw więc, że pod wpływem jego agitacyjnych słów niektórym słuchaczom przewróciło się docna w głowie. Skutek był ten, że kilku funkcjonarjuszy wypowiedziało zupełnie posłuszeństwo. Tych wydalono niezwłocznie. Dzięki energicznej postawie władzy nadzorczej, która nie ulękła się groźb i wystąpiła z uzasadnioną surowością względem wichrzycieli, incydent został wnet zlikwidowany. Roztropniejsi ocknęli się i przyszli do równowagi umysłowej. Od tego czasu zapanował i panuje w Dziekance spokój i wzorowa dyscyplina; personał na ogół jest posłuszny, spokojny, obowiązkowy, sumienny, oddany, przywiązany. Świadczy o tem dobitnie statys-

tyka zmiany personału. W początkach organizacji pielęgniarstwa zmiana personału młodszego dochodziła do 88%, obecnie zredukowała się do 17% na oddziałach żeńskich (pielęgniarki wychodzą za mąż) i do 15% na oddziałach męskich (pobór do wojska). Z ustalonego starszego personału nikt nie opuścił służby.

Kandydaci i kandydatki do zawodu pielęgniarskiego pobierają naukę pielęgniarstwa psychjatrycznego w specjalnych kursach, zatwierdzonych przez M. S. W. jako kursa państwowe, wykładane bezinteresownie przez lekarzy zakładowych, przygotowujące do egzaminu państwowego. Taki egzamin odbył się w dniu 18. IV. 1929 r. Do egzaminu stanęło 14 kursistów; wszyscy kandydaci egzamin zdali, przeważnie z bardzo dobrym wynikiem.

Służba pielęgniarska jest unormowana regulaminem i przepisami służbowymi (wydrukowane w Now. Psychj. 1928, I-II). Przepisy są surowe, ale sprawiedliwe. Dzięki im i starannemu wyszkoleniu, personał pielęgniarski w Dziekance stanowi pożyteczny czynnik lecznictwa psychjatrycznego i opieki zakładowej.

W ubiegłych 10 latach lecznictwo w Dziekance opierało się na zasadzie utrzymania chorego — pozostawiając mu dużą swobodę ruchów — na możliwie wysokim poziomie kulturalnym i socjalnym za pomocą psychoterapji, leczenia zajęciowego drogą przyzwyczajenia do systematycznej pracy i wychowania do życia społecznego i do ścisłego przestrzegania prawideł hygjeny ogólnej i psychicznej, przy dobrem odżywianiu.

Lecznictwo psychjatryczne może obyć się bez całego szeregu tradycyjnych form postępowania, które przy dokładniejszej analizie okazały się jako mało skuteczne, a więc bezwartościowe i zbyteczne.

Trzymanie chorych za kratami i murami, izolowanie, ubieranie ich w kaftany bezpieczeństwa, w maski, rękawice skórzane, przywiązywanie do łóżka osiatkowanego zostało w Dziekance zarzucone tak samo jak szematyczne stosowanie leczenia pościelowego, kąpieli prolongowanych, zawijania w koce, zastrzykiwania skopolaminy i morfiny, jak masowe podawanie środków chemicznych na sen i uspokojenie.

Kraty, mury, izolatki noszą cechę więzienia, zawijanie w koce i zastrzykiwanie skopolaminy przedstawia kaftan gorszego gatunku, a leczenie pościelowe inny sposób izolowania.

W Dziekance krat, izolatek, łóżek osiatkowanych już niema. Mury w wielu miejscach zostały zniesione bez uszczerbku



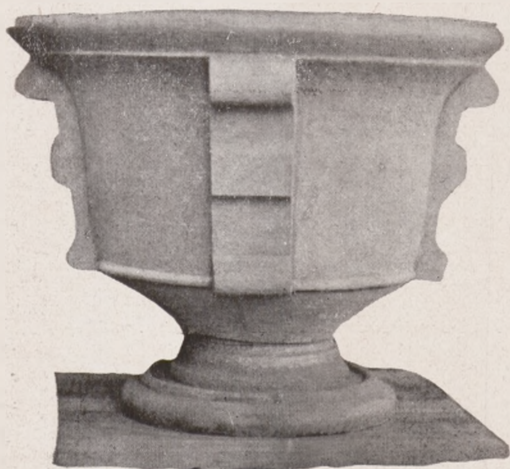
Wazon wykonany przez pacjenta.



Meble wykonane przez pacjenta.



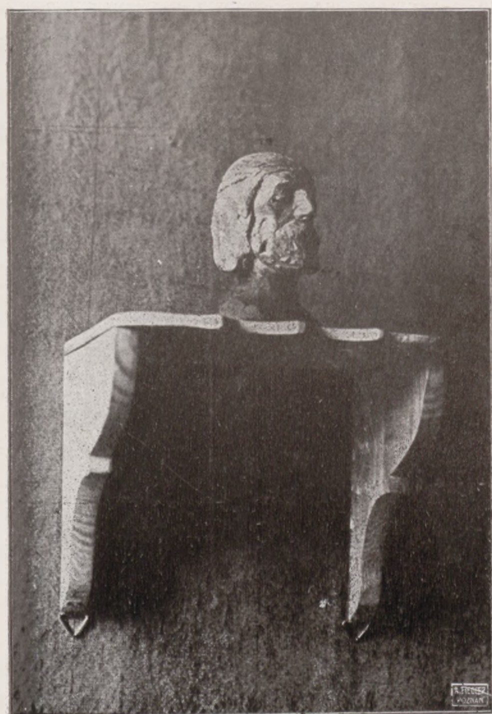
Fontanna pomysłu pacjenta.



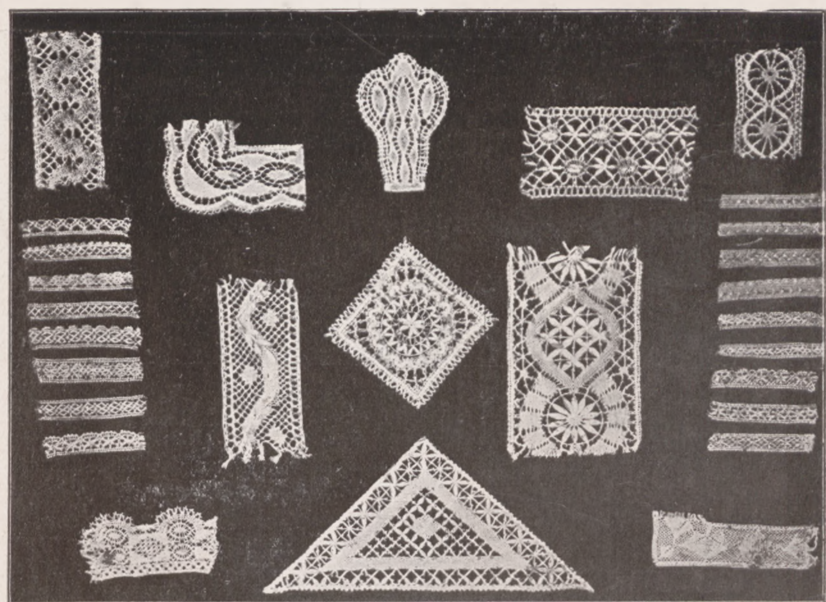
Wazon ozdobny wykonany przez pacjenta.



Pacjentki przy klockowaniu.



Rzeźba wykonana przez pacjentkę.



Koronki wykonane przez pacjentkę.



Wyszywanie.

dla porządku wewnętrznego. Kąpieli prolongowanych i środków chemicznych ze wskazań psychjatrycznych używa się mało. Sporadyczne przypadki injekcji skopolaminy tłómaczą się tem, że nowo przyjęty młody lekarz, nie obeznany z praktyką zakładową w Dziekance, na własną rękę zastrzyknął skopolaminę choremu wbrew intencjom Dyrekcji.

Zamiast zarzuconych tradycyjnych metod lecznictwa psychjatrycznego stosowano w pierwszym rzędzie leczenie zajęciowe, które rozwinęło się do znacznych rozmiarów. Kiedy w roku 1920 zajętych było przeciętnie dziennie tylko 36.8% chorych, to w roku 1928 było ich 93%, podzielonych na trzy kategorje, mianowicie 1) na pacjentów zatrudnionych pracą pożyteczną jak roboty na roli, w parku, ogrodach, we warsztatach, w biurach, na oddziałach 2) pacjentów zatrudnionych zajęciem luksusowem jak malarstwo, rzeźbiarstwo, fotografowanie, muzyka, teatr, 3) chorych zatrudnionych czynnością nieproduktywną jak skubanie odkażonych szmatek itp., którą przekazywano osobom otępiałym, zdezorjentowanym, niespokojnym, niezdolnym do systematycznej i uporządkowanej pracy.

W terapji tej nie naśladowano — jak mylnie przypuszczał Dr. Becker (Warsz. Czasop. Lek. 1928, listopad) — systemu Simona, opublikowanego w roku 1924, lecz posługiwano się oryginalną metodą leczniczą, zaprowadzoną i stosowaną w Dziekance przez Dyr. Al. Piotrowskiego już od r. 1919 (cf. Al. Piotrowski: Przyczynek do lecznictwa psychjatrycznego, Nowiny Psychjatryczne 1924, VII, oraz: Lecznictwo psychjatryczne w Dziekance, Nowiny Psychjatryczne, 1925, I).

Nie zaniedbano też terapji specyficznej jak leczenie malarją i t. p. w porażeniu postępującem, w schizofrenji i in.

W miarę rozwoju lecznictwa psychjatrycznego w Dziekance zwrócono baczną uwagę na opiekę rodzinną tak u osób obcych jak w rodzinie własnej chorego. Opieka rodzinna została w Dziekance zainaugurowana w r. 1906 i ograniczała się narazie do pojedyńczych prób. W roku 1919 w opiece rodzinnej przebywało 9 chorych.

W ostatnim czasie w opiece rodzinnej u osób obcych t. j. pielęgniarzy i u lekarzy Zakładu, w domach prywatnych w Gnieźnie, u okolicznych gospodarzy w odległości do 6 kilometrów od Dziekanki, znajdowało się 20 kobiet i 25 mężczyzn, najwyżej 2 osoby w jednej rodzinie. Zakład płacił rodzinom za chorego 2/3 kwoty

pobieranej za jego utrzymanie. Oprócz tego dawał choremu ubranie, bieliznę, kąpiele, dozór lekarski. Lekarz odwiedzał regularnie pojedyncze domy, w których chorzy zakładowi przebywali, badał ich stan fizyczny i psychiczny i referował o swoich spostrzeżeniach Dyrektorowi Zakładu. Pozatem jeszcze starszy personał pielęgniarski kontrolował pacjentów. Raz na kwartał przedstawiali się oni Dyrektorowi. Drugi sposób opieki rodzinnej polegał na tem, że pacjentów, nie potrzebujących opieki zakładowej, zwalniano w dbałą opiekę we własnej rodzinie. Takich pacjentów było w ostatnim roku 190. Urlopowanych było w tymże roku 59. Pacjent urlopowany mógł w każdej chwili wrócić do Zakładu, gdy potrzeba tego wymagała, bez żadnych formalności. Jeżeli w ciągu 12-tu tygodni nie wrócił, został wypisany. W roku 1928 wróciło 21 chorych. Chorych spokojnych, cieleśnie zniedołężniałych, nie potrzebujących koniecznie specjalnej opieki zakładowej, a nie mających przytułku we własnej lub obcej rodzinie, oddawał Zakład do Schroniska w Śremie. W ostatnim roku przekazano do Schroniska 13-tu chorych. Z tych wróciła do Zakładu 1 chora.

Skargi na złe traktowanie były rzadkie. W ostatnim roku tylko jeden pacjent skarżył się, że go biją. Dochodzenia wykazały jednak, że chory w stanie rozdrażnienia atakował członków rodziny, która w obronie własnej poturbowała go. Nieraz rodzina chłopska przyprowadziła chorego spowrotem do Zakładu, podając, że chory za mało wydajnie pracował. Były to zwykle rodziny. które fałszywie pojmowały zasadę opieki rodzinnej i żądały, aby im Zakład dał dobrego robotnika i za to jeszcze dobrze im płacił. Tego rodzaju mentalność w rodzinach chłopskich nie należała do zjawisk rzadkich.

Rezultaty opieki rodzinnej były na ogół pocieszające i zachęcające do propagowania tej metody lecznictwa, albowiem pacjenci wrażliwi i niechętnie przebywający w liczniejszych gromadach czuli się na ogół dobrze w domu prywatnym, gdyż mieli większą swobodę ruchów, byli dobrze odżywiani, czysto utrzymywani, zajęci przeważnie na roli, paśli gęsi, kozy, krowy, trudnili się kopaniem kartofli i t. p.

W chwilach wolnych od zajęć mogli na równi z chorymi zakładowymi korzystać z przyjemności i rozrywek urządzanych w Zakładzie, jak kino, radjo, przedstawienia teatralne, w których czynny udział brali pacjenci zdolni do występowania w rolach aktorskich.



Pacjentki niespokojne przy zabawie.



Gra footballowa.



Tenis.



Pacjenci wyjeżdżają na spacer.

Ze względu na stan wojenny w pierwszych latach życia państwowego Polski, zabawy dla pacjentów odbywały się rzadko. Później, gdy się sytuacja poprawiła, urządzano je często.

Latem chorzy przebywali na dworze, bawili się, tańczyli na murawie, grywali w tenis, footbal, kręgle, robili wycieczki w bliższe i dalsze okolice Dziekanki, wozem, autem, koleją. W jesieni, gdy pogoda nie sprzyjała, pacjenci gromadzili się na sali teatralnej Zakładu na wspólnej zabawie towarzyskiej, połączonej z tańcami. Zimą na wielkiej sali odbywały się przedstawienia teatralne, kinematograficzne, koncerty. Orkiestry wojskowe (69 pp. i 17 p. a. p.) z Gniezna koncertowały dla chorych w Dziekance; także gnieźnieńskie Koło Śpiewackie wystąpiło z pięknym programem na wieczorze koncertowym, urządzonym w Zakładzie dla chorych. Gdy do Gniezna zawitał cyrk, znaczną ilość widzów stanowili pacjenci z Dziekanki. Wstępne za ubogich opłacał Zakład.

Stan zdrowotny w Dziekance w ostatniem dziesięcioleciu był na ogół pomyślny. Tylko w r. 1923 nowo przyjęty maniak przyniósł z sobą tyfus. Odosobnienie chorego zapobiegło rozszerzeniu się choroby. W roku ubiegłym nowo przyjęta chora wniosła tyfus do Zakładu. Od niej zaraziły się 3 inne osoby. Zastosowano szczepienie antytyfusowe u chorych i u personału z dobrym skutkiem tak, że dalszych następstw nie było. Jeżeli weźmiemy pod uwagę fakt, że w ostatnich 6 latach (1912—1918) rządów zaborczych tyfus nawiedził Dziekankę 3 razy, w r. 1912 (8 przypadków), 1914 (3 przypadki), 1916 (3 przypadki), to stwierdzimy, że wtedy tyfus był w krótkim okresie częstszym gościem w Dziekance i napadał większą ilość ofiar niż w ostatniem dziesięcioleciu.

Dotkliwie dawała się odczuwać gruźlica wśród pacjentów. Odsetka śmiertelności z powodu gruźlicy stanowiła w ostatnim roku 43 proc. śmiertelności ogólnej. Natomiast ogólna odsetka śmiertelności zmniejszała się wolno ale stale i obniżyła się z 12 proc. (w r. 1919) do 4,26 proc. (w r. 1925), w następnych latach podniosła się do 8,7 proc, (z powodu niedostatecznej przytem nieumiejętnej i niezaradnej opieki lekarskiej), później, gdy sprawność opieki lekarskiej doprowadzona została do wyższego poziomu — odsetka śmiertelności obniżyła się do 5. 69 proc. (w r. 1928), a jeżeli odliczymy 7 przypadków, przyjętych w dogorywającym stanie, to otrzymamy 5,18 proc. Wypada zaznaczyć w tem miejscu, że w Dziekance znajduje się wielka ilość chroników

zniedołężniałych. Odsetka pacjentów wypisanych w stanie wyleczenia i poprawy, zwiększyła się znacznie. W r. 1919 wypisano w stanie wyleczenia i poprawy 26,62 proc. (+ 1,18 proc. sine morbo) niewyleczonych 30,2 proc., zmarłych 42 proc., natomiast w ostatnim roku wyleczonych i poprawionych wypisano 54,96 proc., (+ 1,13 proc. sine morbo), niewyleczonych 21,53 procent, zmarłych 22,38 proc.

Liczba chorych zwiększała się stale z roku na rok. W roku 1919 leczono 579 pacjantów, w ostatnim roku natomiast 1388. Przyrost roczny powiększył się ze 115 chorych w r. 1919 do 379 w roku ostatnim. Przeciętna obsada Zakładu wynosiła 573 chorych w r. 1919, a 1018 w r. 1928. Znacznie zwiększyła się ilość pacjentów I i II klasy. W ciągu 1919 r. leczyło się w I i II klasie 123 chorych, w ciągu 1928 r. 182. Pod względem wyznaniowym nastąpiła zmiana o tyle, że gdy w r. 1910 leczyli się w Dziekance tylko katolicy, ewangielicy i żydzi, to później przybyli prawosławni (obecnie 11) i grecko—katolicy (obecnie 53).

Dziekanka gościła w swoich murach pacjentów ze wszystkich zakątków Polski i z zagranicy.

Według stanu liczebnego pacjentów w dniu 31. XII. 1928 leczyło się w Dziekance 1032 chorych, z Litwy 1, z Francji 1, z Niemiec 2, z Austrji 1, z Województwa poznańskiego 673, z innych województw 354, mianowicie z województwa: Białostockiego 13, Kieleckiego 19, Krakowskiego 57, Łódzkiego 19, Lubelskiego 21, Lwowskiego 71, Nowogrodzkiego 10, Podlaskiego 1, Pomorskiego 3, Poleskiego 5, Śląskiego 2, Stanisławowskiego 20, Tarnopolskiego 29, Warszawskiego 70, Wileńskiego 9, Wołyńskiego 6, bez przynależności 9.

Uderzał szczegół, że chorzy pochodzący ze wschodnich i wschodnio—południowych ziem Polski cierpieli na silną nostalgję. Najwięcej objawiała się nostalgja u rusinów i była główną przyczyną samowolnego opuszczenia Zakładu przez chorych. Dla osób tych pobyt w Dziekance równał się pobytowi na obczyźnie z tego powodu, że zostały one przeprowadzone w obce warunki życiowe, do których nie były przyzwyczajone. Rygor, przestrzeganie czystości, punktualność, systematycznie podzielony dzień, uporządkowana praca, to rzeczy, do których z początku chorzy nie mogli się przyzwyczaić. Pod wpływem jednak przykładu idącego od towarzyszy, chorzy ci przyzwyczaili się do nowego trybu życia i w końcu pogodzili ze sytuacją.

Mimo zarzucenia tradycyjnych metod lecznictwa i zastąpienia ich terapją zajęciową, psychoterapją, wychowaniem chorych do życia społecznego, mimo przyznania im dużej swobody ruchów, wewnętrzny stan rzeczy w Zakładzie nie uległ pogorszeniu, przeciwnie zmienił się na lepsze.

Niepokój na oddziałach dla chorych niespokojnych nie był większy niż dawniej.

Na ogół chorzy zachowywali się spokojniej niż w okresie panowania narkotyków, kaftanów, izolatek, leczenia pościelowego, jak świadczą następujące liczby. W r. 1919 na 579 leczonych uległy uszkodzeniu przez chorych wzburzonych 74 przedmioty, w ostatnim roku natomiast na 1388 leczonych tylko 56 przedmiotów zostało uszkodzonych.

Próby z metodą pościelową, przeprowadzane parę razy experimenti causa, wykazały jej bezwartościowość i musiały być przerwane na prośby personału, albowiem chorzy pozostawieni w łóżkach nie uspakajali się. Hałas na oddziałach dla niespokojnych wzmagał się, warunki hygjeniczne pogarszały się, praca pielęgniarska stała się uciążliwsza. Chorzy pobudzali się wzajemnie wrzaskiem, wymyślaniem, wyskakiwaniem, lataniem po sali, nie chcieli pozostać w łóżkach. Jeżeli wstawimy się w położenie ruchliwego pacjenta, fizycznie zdrowego, to zrozumiemy jego opór względem łóżka. Bezczynne leżenie w łóżku odczuwał on jako torturę. Łatwiej i chętniej znosił spoczynek w ubraniu na leżaku, latem w ogrodzie, zimą na werandzie. W okresie leczenia pościelowego, pościel szybko niszczyła się, była podarta, brudna, zanieczyszczona rozlanym pokarmem, krwią menstruacyjną, moczem, kałem, ślinami. Obrzydliwe te i niepożądane zjawiska zniknęły z chwilą przywrócenia metody leczenia bezpościelowego. Pościel była odtąd cała, biała, naogół czysta, nie zabrudzona i tylko wskutek dłuższego używania ulegała zabrudzeniu zwykłemu, jak każda pościel, używana w warunkach normalnych. Nie było smarowania krwią, moczem i kałem.

Bezsenność nie pojawiała się częściej i uporczywiej i nie była więcej rozpowszechniona, niż przed 10-ciu laty, gdy każdy chory na oddziale dla niespokojnych co wieczór dostawał nasennik.

Wiele niepożądanych zjawisk, które dawniej były na porządku dziennym, straciło na nasileniu. Zanieczyszczenia i odleżyny, artefakty, pojawiały się tylko sporadycznie. Wygląd zewnętrzny chorych poprawił się.

Mimo usunięcia murów, krat i innych środków detencyjnych, mimo obdarzenia chorych najdalej idącą swobodą ruchów, mimo podwojenia się ilości pacjentów, samowolne oddalania się pacjentów z Zakładu na ogół nie zdarzały się częściej niż w okresie detencji. W ciągu r. 1919 (detencja) oddaliło się z oddziałów zamkniętych na 579 leczonych 5 chorych, w ciągu ostatniego roku natomiast na 1388 leczonych 6 osób.

Mimo codziennego spotykania się pacjentów z pacjentkami przy pracy bez ścisłego nadzoru, na wspólnych spacerach i zabawach, wybryki na tle seksualnem nie występowały często. W ostatnich 10 latach zdarzyło się 3 razy, że pacjentka zaszła w ciążę. Tylko w dwóch przypadkach był winowajcą pacjent, w trzecim zaś obcy mężczyzna, który zgwałcił idjotkę paszącą na folwarku gęsi.

Nasuwa się myśl, że gdyby owe pacjentki były trzymane za kratami, za murami, wtedy ciąża nie byłaby możliwa. A jednak zapłodnienie kobiet psychicznie chorych zdarzały się także dawniej, w okresie detencji, jak to miało miejsce jeszcze w ostatnim roku rządów zaborczych, kiedy przestrzegano bezwzględną detencję. Śmiem twierdzić, że mimo swobody, jaką chorym przyznano w Dziekance, niebezpieczeństwo zapłodnienia pacjentki może być wykluczone, jeżeli lekarze i personał pielęgniarski dokładnie poznają chorych, ich dążności i popędy i posegregują ich odpowiednio.

Reasumując powyższe wywody, stwierdzam, że praktyka psychjatryczna, stosowana w Dziekance w ostatnich 10 latach, nie zdołała wprawdzie ochronić Zakładu od niepożądanych zjawisk w rodzaju zapłodnienia pacjentki przez pacjenta, samobójstwa, samowolnego oddalenia się chorego, jednakowoż dała ona możność do zredukowania takich wydarzeń do minimum.

Z drugiej strony wypada podkreślić szczegół, ze metody lecznicze praktykowane od 10 lat w Dziekance doprowadziły do usunięcia detencji, do podniesienia poziomu kulturalnego i socjalnego chorych, do rozszerzenia terapji zajęciowej do znacznych rozmiarów, do rozpowszechnienia systemu opieki rodzinnej, do zwiększenia liczby pacjentów wyleczonych i polepszonych, do obniżenia odsetki śmiertelności.

Stąd wynika, że system leczniczy, stosowany w ubiegłym okresie 10 letnim w Dziekance, nie był gorszy od tradycyjnych metod leczenia, a ze względu na lepsze wyniki może być uważany jako polecenia godny.

Załącznik I.

Regulamin służby lekarskiej w Krajowym Zakładzie Psychjatrycznym Dziekanka.

A. DYREKTOR.

1. Odpowiedzialnym kierownikiem Zakładu jest Dyrektor.
2. Oprócz funkcji natury administracyjnej pełni on czynności lekarza naczelnego, czuwa nad stanem hygjeny w Zakładzie, nad sumiennem wykonywaniem opieki lekarskiej, ma obowiązek doglądać czynności służbowych lekarzy w szczegółach.
3. Przysługuje mu prawo bezpośredniej ingerencji tam, gdzie na zarządzenia lekarza się nie godzi. Wtedy może uchylić ordynację i wydać inną. Za ścisłe wykonanie jego zarządzenia odpowiada lekarz.
4. Dyrektor ma prawo żądać szczegółowych i dokładnych informacji od lekarzy o stanie psychotycznym chorych oraz o stanie opieki nad chorymi na oddziałach, kontroluje raporty lekarzy oraz kieruje pracami naukowemi, powierzonemi lekarzom do wykonania.
5. Dyrektor zwołuje konferencje ogólne, na których omawia sprawy tyczące administracji Zakładu oraz opieki lekarskiej nad chorymi.
6. Dla spraw naukowych i lekarskich wyznacza osobne konferencje.

B. LEKARZE.

a. Przepisy ogólne.

1. Lekarze towarzyszą Dyrektorowi podczas wizyty głównej na oddziałach i informują go szczegółowo o chorych, biorą udział w konferencjach, wyznaczonych przez Dyrektora, pod jego przewodnictwem.
2. Pełnią służbę lekarską na oddziałach i opiekują się chorymi.
3. Są obowiązani do prowadzenia historyj choroby, spisując je tak, by każda dawała wierny i zupełny obraz przebiegu choroby i służyć mogła dla celów naukowych, sądowych, ubezpieczeniowych; treść karty potwierdzają własnoręcznym podpisem.
4. Przedkładają Dyrektorowi szczegółowe, dokładne i wyczerpujące informacje o stanie cielesnym i psychicznym chorych, jako też o wszelkich wydarzeniach na oddziałach.

5. Prowadzą kursy dokształcające i repetycje dla personału pielęgniarskiego.
6. W godzinach służbowych lekarzom nie wolno opuszczać Zakładu bez zezwolenia Dyrektora.

b. Przepisy szczegółowe.

I. Lekarze — prymarjusze.

1. Bezpośrednią opiekę lekarską oraz nadzór nad chorymi wykonują lekarze prymarjusze, którzy podlegają Dyrektorowi.
2. Jako kierownicy oddziałów ponoszą oni odpowiedzialność za leczenie i opiekę nad chorymi.
3. Lekarze-prymarjusze odwiedzają codziennie rano i popołudniu, a w razie potrzeby częściej chorych i informują się dokładnie o ich psychicznym i cielesnym stanie.
4. Prymarjusz każdego oddziału wizytuje rano najpierw pawilon obserwacyjny i bada nowoprzyjętych chorych.
5. Nowoprzyjęty chory winien być dokładnie zbadany w ciągu pierwszych 24 godzin po jego umieszczeniu w Zakładzie.
6. Po zbadaniu chorego prymarjusz określa tymczasowy plan kuracji.
7. Najpóźniej 48 godzin po przyjęciu chorego prymarjusz przedkłada Dyrektorowi do zatwierdzenia wyraźnie spisaną i własnoręcznie podpisaną historję choroby, według następującego porządku:

   A. Wywiady.
   B. Stan obecny:
      a) stan cielesny,
      b) stan psychiczny.
   C. Przebieg choroby.

8. Prymarjusz kieruje dozorowaniem i pielęgnowaniem chorych, troszczy się o ich dostateczne i zdrowe odżywianie, kontroluje pokarm pod względem ilościowym i jakościowym, przepisuje dietę, wyznacza rodzaj i czas zatrudnienia, wyjścia, rozrywek chorych, przegląda ich korespondencję w celach poznania stanu psychicznego chorych.
9. Udziela rodzinie informacyj o chorym, decyduje o dopuszczalności odwiedzin, donosi Dyrekcji o samowolnem oddaleniu się chorego i wogóle o wydarzeniach na oddziałach, składa Dyrektorowi piśmienne sprawozdania o stanie zdrowotnym na oddziałach, proponuje Dyrektorowi przeniesienie chorego w razie potrzeby na inny oddział, jak pawilon dla chorób zakaźnych wzgl. pawilon dla niespokojnych, a w przypadku nagłym wydaje sam

odpowiednie zarządzenie, donosząc o tem Dyrektorowi, dba o religijne potrzeby chorych i konających, uczestniczy w obdukcji zwłok oraz czuwa nad dokładnem zaprotokółowaniem wyników sekcji.

10. Odpowiada za sumienne spisywanie raportów oddziałowych, za dokładne prowadzenie wykazów zachorzeń cielesnych oraz wykazów chorych rewersowych, za regularne wpisy do kart szpitalnych, na żądanie Dyrektora sporządza piśmienne orzeczenia o chorych, współdziała w sprawozdaniach o pracach statystycznych itp.

11. Prymarjusz jest bezpośrednim przełożonym lekarzy przydzielonych mu do pomocy oraz personału pielęgniarskiego.

12. Poucza tychże i informuje szczegółowo o osobliwych pacjentach, wymagających obostrzonej i troskliwej czujności oraz dozoruje ich czynności służbowe.

13. Przysługuje mu prawo do wymierzenia kar dyscyplinarnych personałowi pielęgniarskiemu w formie upomnień, wpisywania nagany do akt osobistych, ze zagrożeniem wydalenia oraz do przedkładania Dyrektorowi wniosków o zwolnienie nieobowiązkowego, niezdolnego pielęgniarza wzgl. pielęgniarki.

14. Prowadzi tablice kwalifikacyjne, na podstawie których wnosi o podwyżki pensji, pochwały i nagrody dla służby pielęgniarskiej.

15 Prymarjusz winien dbać o hygjenę na oddziałach, o to, aby przyrządy lecznicze były w dobrym stanie, winien czuwać nad bezpieczeństwem chorych oraz personału, nad ścisłem przestrzeganiem przepisów pożarowych i nad tem, aby instalacje techniczne np. elektryczne były w porządku, winien donieść Dyrekcji o niedomaganiach budowlanych, wnosząc o reparacje i zmiany.

16. Lekarz-prymarjusz, powołany na zastępcę Dyrektora, przejmuje tegoż prawa i obowiązki, jak również i odpowiedzialność. Winien on jednak w interesie jednolitego i konsekwentnego kierownictwa Zakładu, iść po linji intencji Dyrektora, wstrzymując się od wprowadzenia inowacji oraz zmian natury zasadniczej. Pozatem, zastępca jest zobowiązany, wspomagać Dyrektora, na tegoż życzenie, w pracach piśmiennych, naukowych, statystycznych, w kontroli prac piśmiennych, powierzonych innym lekarzom Zakładu.

II. Lekarze-ordynatorzy.

1. Prymarjuszom do pomocy są przydzieleni lekarze-ordynatorzy.
2. Lekarze ordynatorzy urzędują na oddziałach, do których są przydzieleni i mają obowiązek wspomagać swego przełożonego we wszystkich czynnościach lekarskich, w spisywania historji choroby, w pracach naukowych, statystycznych, w prowadzeniu raportów.
3. Ordynatorowi może być powierzona samodzielna służba lekarska.
4. Ordynator wykonywa czynności lekarskie na powierzonym mu oddziale samodzielnie w tej samej mierze co prymarjusz i odpowiada za swoje zarządzenia osobiście.

III. Lekarze-asystenci.

1. Lekarze-asystenci urzędują na oddziałach, do których są przeznaczeni, pełnią służbę pod nadzorem przełożonego (lek.-prymarjusza wzgl. ordynatora), wspomagają go we wszelkich czynnościach lekarskich.
2. Lekarz-asystent może w razie potrzeby pełnić służbę ordynatora.

IV. Lekarz dyżurny.

1. Dyżury lekarskie sprawują lekarze kolejno.
2. Dyżury lekarskie trwają 24 godziny, od 9 rano do 9 rano.
3. Lekarz dyżurny winien w godzinach wizyt (odwiedzanie chorych przez krewnych) przebywać w sali konferencyjnej albo w innym na te cele przeznaczonym pokoju.
4. Lekarz dyżurujący załatwia przyjęcia, udziela zezwolenia na odwiedziny chorych, informuje o stanie chorobowym pacjentów, sprawdza w godzinach posiłkowych jakość pokarmów, niesie pomoc lekarską na każde zawołanie, spostrzeżenia swe zapisuje do księgi raportowej.

V. Lekarz administracyjny.

Lekarz administracyjny, podlegający bezpośrednio Dyrektorowi jako tegoż osobisty asystent, ma następujące obowiązki:

1. Wykonywa nadzór nad zajęciem chorych poza oddziałem (w warsztatach, w pralni, w kuchni, w oranżerji, na roli, na folwarku etc.)
2. Organizuje zabawy i rozrywki dla chorych poza oddziałem;
3. Pomaga Dyrektorowi w pracach piśmiennych w zakresie tegoż czynności służbowych.
4. Udziela na życzenie pierwszej pomocy lekarskiej bezpłatnie

niższemu personałowi i tegoż rodzinom.
5. Dogląda chorych, znajdujących się w opiece rodzinnej.

VI. Laboratorjum, terapja, prosektorjum.

1. Służbę w laboratorjum — badania chemiczne, histologiczne, bakterjologiczne objektów, pochodzących od chorych i zmarłych wykonywa kierownik laboratorjum.
2. Czynności apteczne — receptura, przygotowanie i rozdawanie leków — sprawuje kierownik apteki.
3. Terapję fizykalną przeprowadza kierownik instytutu fizykalnoterapeutycznego.
4. Służbę w prosektorjum pełni prosektor.
5. Protokół z obdukcji spisuje w księdze protokółów sekcyjnych lekarz, który prowadził historję choroby zmarłego, protokół podpisuje prosektor i protokolant. Za ścisłość i dokładność protokółu sekcyjnego odpowiada prosektor.
6. Księgę protokółów sekcyjnych powinien starannie utrzymywać i przechowywać prosektor.
7. Kierownicy oddziałów pod 1—5 odpowiadają osobiście za sumienne i dokładne wykonywanie czynności w zakres ich działalności wchodzących oraz za porządek, za przyrządy i przedmioty, znajdujące się w ich użytku. Wszelkie utensylja winne być utrzymane w dobrym stanie. Za przedmioty zaginione odpowiada osobiście kierownik oddziału.

Załącznik II.

Z Dziekanki w ostatnich 10 latach były ogłoszone drukiem następujące prace naukowe.

I. Dyr. Al. Piotrowski.

1. Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim. Pamiętnik I. Zjazdu Psychjatrów Polskich 1921.
2. Plan nauczania dzieci niedorozwiniętych według wzorów niemieckich. Pamiętnik I. Zjazdu Psychjatrów Polskich 1921.
3. Śmiertelność w zakładach psychjatrycznych podczas wojny światowej. Nowiny Lekarskie, Poznań, Rocznik 34.
4. Diagnostyka psychjatryczna dla studentów i lekarzy. Wende i Sp. Warszawa 1922.
5. Uwagi do terminu „otępienie“ z wyszczególnieniem terminu „dementia praecox“. Nowiny Psychjatryczne Dziekanka, Rocznik I.
6. Paranoja i poczytalność. Nowiny Lekarskie, Poznań, Rocznik 35.

7. Alkoholizm i ustawodawstwo. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
8. Przyczynek do lecznictwa psychjatrycznego. Now. Psych. 1924.
9. O potrzebie ustanowienia centralnego urzędu psychjatrycznego. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
10. Przesądy i uprzedzenia w przedmiocie psychjatrji, auto-referat w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka, Rocznik I.
11. O Lidze Profilaktyki i Hygjeny psychicznej; autoreferat w Nowinąch Psychjatrycznych, Dziekanka, Rocznik I.
12. Lecznictwo psychjatryczne w Dziekance, Nowiny Psychjatryczne, Rok II, zeszyt I, 1925 (cfr. sprawozdanie z 30-lecia Dziekanki).
13. Trzy przypadki napadowej zwrotnej nieruchomości źrenic, spowodowanej ciężkim urazem głowy. Nowiny Psychjatryczne 1925, I.
14. Kilka uwag o potrzebie zrewidowania naszych poglądów w przedmiocie schizofrenji. Nowiny Psychjatryczne 1925 III.
15. § 53 n. u. k, Nowiny Psychjatryczne 1925 III.
16. Psychjatryczne wrażenia z podróży informacyjnej zagranicą, Nowiny Psychjatryczne 1925 IV.
17. Wpływ alkoholu na umysł, wolę i życie moralne człowieka, „Świt“, luty 1929.
18. Tłomaczenia z włoskiego:
   a) Alkohol a choroby psychiczne we Włoszech, Amaldi'ego. Nowiny Psychjatryczne 1925, II.
   b) Gruźlica a zachorzenia psychiczne, Bonasery. Nowiny Psychjatryczne 1925, II, oraz
   c) Przyczynek do studjum bezwładu dziedzicznego, Bonasery. Nowiny Psychjatryczne 1926, I,
19. Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim. Nowiny Psychjatryczne 1926, II.
20. Objawy schizofrenijne a osobowość psychopatologiczna w schizofrenji, (streszczenie). Nowiny Psychjatryczne 1927, II.
21. Zasady organizacji spraw psychjatrycznych. Nowiny Psychjatryczne, 1927, I-II.
22. Kilka uwag korygujących niektóre błędy liczbowe w referacie Dr. J. Bednarza, ogłoszonym w Roczniku Psychjatrycznym 1927, VI, na temat: Obecny stan opieki lekarskiej nad psychicznie chorymi w Polsce, Nowiny Psychjatryczne, 1927, IV.

23. Leczenie i zapobieganie psychoz manjakalno depresyjnych (w streszcz.) Nowiny Psychjatryczne, 1927, IV.
24. Samowystarczalność publicznych szpitali psychjatrycznych. Nowiny Psychjatryczne, 1927, IV, (streszczenie).
25. Dwa przypadki pieniactwa z konsekwencjami karnemi. Nowiny Psychjatryczne, 1928, I-II.
26. Organizacja pielęgniarstwa w zakładach psychjatrycznych. Nowiny Psychjatryczne, 1928, I-II.
27. Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. — Z okazji 30-letniego istnienia Zakładu. Sprawozdanie. — Nowiny Psychjatryczne, 1925, I. Zeszyt Jubileuszowy.
28. Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. Sprawozdanie za rok 1925. Nowiny Psychjatryczne, 1926, I.
29. Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. Sprawozdanie za rok 1926. Nowiny Psychjatryczne, 1927, I-II.
30. Spostrzeżenia psychjatryczne z Czechosłowacji. Nowiny Psychjatryczne, 1927, IV.
31. Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. Sprawozdanie za rok 1927. Nowiny Psychjatryczne 1928, I-II.
32. W sprawie ograniczenia śwobody osobistej z powodu umieszczenia chorego w szpitalu psychjatrycznym. Nowiny Psychjatryczne 1928, I-II.
33. Uwagi krytyczne do projektu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o opiece nad osobami psychicznie choremi. Nowiny Psychjatryczne 1928, III-IV.
34. Odpowiedź na „Sprostowanie" Dr. Bednarza. Nowiny Psychjatryczne, 1928, III-IV.
35. Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. Sprawozdanie za rok 1928/29. Nowiny Psychjatryczne 1929, I-II.
36. Dziesięciolecie działalności polskiej w Dziekance. Nowiny Psychjatryczny, 1929, III-IV.
37. Jak winien wyglądać nowoczesny szpital psychjatryczny. Nowiny Psychjatryczne, 1929, III-IV.

Pozatem Piotrowski wygłosił szereg referatów w Tow. Psychj. w Poznaniu, na zjazdach psychjatrów polskich, na zebraniach klinicznych i naukowych w Dziekance, umieścił kilka streszczeń i ocen w Nowinach Psychjatrycznych i kierował, dozorował i pomagał lekarzom w Dziekance w ich pracach naukowych.

Przed objęciem stanowiska dyrektora w Dziekance ogłosił Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski następujące rozprawy:

1. Aus dem physiologischen Institut der Universität Rostock; Untersuchungen über das Verhalten der Nervenfasern in der abgeklemmten Herzspitze. — Berlin 1906, Verlag von R. Trenkel (dysertacja medyczna).
2. Die Quintuplizität der Rhythmik in mittelalterlichen Melodien. Inauguraldissertation z. Erl. d. Philosoph. Doktorwürde, vorgelegt der Philosoph. Fakultät zu Rostock. — Berlin 1910, Verl. von R. Trenkel (dysertacja filozoficzna).
3. „Über ein neues Unterschenkelphänomen ,,Berlin. Klin. Wochenschrift, 1912, nr. 51, Verl. v. August Hirschwald, Berlin,
4. „Über einen neuen antagonistischen Reflex." Berlin Klin. Wochenschrift, 1913, nr. 16, Verl. v, August Hirschwald, Berlin.
5. „Leib und Seele." — In „Himmel und Erde", XXVI, nr. 11,1914, Verl. v. B. C. Teubner, Leipzig.
6. „Über Epilepsie." — Allgem. Medizin. Zentral-Zeitung, 1913, nr. 39/46, Verlag Osc. Coblenz, Berlin.
7. „Vom Zentralnervensystem und seinen Funktionen." Naturwissenschaftliche Umschau, 1914, nr. 8/9, nr. 10/12, Verl. v. Otto von Halem, Cöthen (Anhalt).
8. „Die Versorgung unserer Verwundeten. „Naturwissenschaftliche Umschau, 1915, nr. 3, Verl. v. Otto von Halem, Cöthen (Anhalt).
9. „Zur Frühdiagnose der progressiven Paralyse." Berl. Klin. Wochenschr', 1916, Nr. 13, Verl. v. Aug. Hirschwald, Berlin.
10. „Beitrag zur Verwertung der Wassermannschen Reaktion bei progressiver Paralyse." Neurologisches Zentralblatt, 1916, Nr. 5, Verl. v. Veit u. Comp., Leipzig.
11. „Über Hydantoine als Hypnotica." Münch. Med. Wochenschr., 1916, Nr. 43, Verl. v. J. F. Lehmann, München.
12. „Odruch mięśnią piszczelowego przedniego." Nowiny Lekarskie, Rocznik XXV., zeszyt 3, Poznań.
13. „Nowy odruch antagonistyczny". — Nowiny Lekarskie, R. XXV., zeszyt 4, Poznań.
14. „Ciało i dusza". Nowiny Lekarskie, r. XXV., z. 7., Poznań
15. „O padaczce". Nowiny Lek., r. XXV , z. 12, Poznań.
16. „O wczesnem rozpoznaniu porażenia postępującego". Przegląd Lekarski, 1916, nr. 10, Druk. Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

II. Dr. A. Falkowski.

1. O klasyfikacji anatomopatologicznej schorzeń ciała prążkowanego.

2. O wartości klinicznej objawu Piotrowskiego, Neurologja Polska 1922.

III. Dr. Ch. de Beaurain.

O nerwicach urazowych; autoreferat w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka r. 1924.

IV. Dr. O Bielawski.

1. Opór pamięciowy u psychicznie chorych. Rocznik Psychjatryczny, Warszawa, 1922.
2. Przyczynek do tematu: Senne marzenia a pokrewne objawy psychiczne w schizofrenji; streszczenie, Rocznik Psychjatryczny, Warszawa 1922.
3. Odruchy patologiczne w katatonji, Nowiny Lekarskie, Poznań, 1923.
4. Odczyn Biernackiego u psychicznie chorych, autoreferat, Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
5. Katatonoid psychorodny. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
6. Objawy motoryczne w katatonji a sprawach pozapiramidowych. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
7. Przyczynek do patologji humoralnej w katatonji, Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
8. Parę uwag o leczeniu porażenia postępującego; autoreferat w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka, Rocznik I.
9. Parkinsonizm niedorozwinięty czy kotatonja? w streszczeniu w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka, Rocznik I.
10. O mechanizmach psychicznych działających w półmrokach świadomości. Nowiny Psychjatryczne, Rocznik I, 10—12.
11. Zespół objawów prążkowo — wzgórzowy; Nowiny Psychjatryczne, Rocznik II.
12. Przyczynek do symetrycznych zaburzeń troficznych natury oparzeniowej po ciężkich napadach padaczkowych; autoreferat, Nowiny Psychjatryczne, Rocznik II.
13. Głos psychjatry w niektórych przypadkach zastosowania przepisu o ocenie błędnej zaistnienia okoliczności faktycznych czynu. Nowiny Psychjatryczne 1925, III.
14. Schizofrenja. Nowiny Psychjatryczne 1925, IV.
15. Hypnoza a kodeks karny, Nowiny Psychjatryczne 1926, I.
16. Badania przejawów toksycznych w katatonji i hebefrenji (w streszczeniu), Nowiny Psychjatryczne 1926, II.
17. Taktyka kryminalna w świetle wiedzy przyrodniczej, w stresz-

czeniu, patrz Now. Psych. 1927, IV.

18. Postulaty eugeniki i stanowisko Państwa w sprawie spędzenia płodu, (w streszczeniu), Now. Psych 1927, IV.
19. O zbrodnl i zbrodniarzu (szkic kryminologiczny). — Książka drukowana jako dodatek do Nowin Psychjatrycznych, początek patrz Nowiny Psychjatryczne 1927, IV.
20. Dwa przypadki wrodzonej kiły mózgu leczone bismutem, (w streszczeniu), patrz Nowiny Psychjatryczne 1928, I-II.
21. Przypadek parkinsonizmu pourazowego, (w streszczeniu), Now. Psych. 1928, I-II.
22. Epilepsja a kodeks karny, Now. Psych. 1928, III-IV.

Pozatem tłomaczył z francuskiego:

V. M. Buscaino: Badania nad patogenezą zespołu ekstrapiramidowego, amencji i otępienia wczesnego, Now. Psychj. 1925, II., wygłosił szereg referatów na posiedzeniach lekarzy w Dziekance, umieścił kilka streszczeń i ocen w Nowinach Psychjatrycznych.

V. Dr. M. Siemionkin.

1. Rewolucja, społeczeństwo i zachorzenia psychiczne; autoreferat w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka, Rok I.
2. Objawy motoryczne w katatonji a w sprawach ekstrapiramidowych (wspólnie z Dr. Bielawskim), Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rok I.
3. O charakterze wewnętrznym objawu Piotrowskiego, Nowiny Psychjatryczne, 1925, II. (po francusku w Revue Neurologique w zeszycie poświęconym pamięci Charcota).

Pozatem umieścił streszczenia prac oryginalnych obcych autorów w Nowinach Psychjatrycznych 1925.

VI. T. Frąckowiak.

O wartości klinicznej objawu małego palca u nogi (Pousepp) u psychicznie chorych. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, R. I.

VII. F. Berezowski.

Próby leczenia niektórych procesów ekstrapiramidowych przez stosowanie As — Hg — J. Nowiny Psychjatryczne 1925, IV.

VIII. Dr. J. Gawroński.

1. Wpływ narządu mięśniowego na postacie i rozwój świadomości. Now. Psych, 1926, III-IV.
2. Rzut oka na biologiczne podstawy rozwoju i wychowania dziecka (w streszczeniu), Now. Psych. 1926, II.
3. Podstawy racjonalnej organizacji społecznej w wychowaniu

i kształceniu dzieci anormalnych. Now. Psych. 1927, IV.
4. Stanowisko psychjatry i lekarza-wychowawcy wobec nowego prawodawstwa o dziecku przestępcy zagranicą i w Polsce. Now. Psych., 1928, III–IV.
5. Jakiem winno być zachowanie się personelu pielęgniarskiego wobec psychicznie chorych. Przewodnik Pielęgniarski, 1929. I-II.
6. Pielęgniarstwo psychjatryczne w Dziekance w ostatnich 10-ciu latach. Nowiny Psychjatryczne 1929, III-IV.
7. Organizacja opieki nad psychopatami i zabiegi leczniczowychowawcze w tym zakresie. Nowiny Psychjatryczne 1929, III-IV.

Pozatem tłomaczył z francuskiego pracę Dr. E. Minkowskiego p. t.: Troubles du dynamisme mental et leur interprétation psychologique (zaburzenia dynamizmu psychicznego i ich interpretacja psychologiczna), Nowiny Psychjatryczne 1927, I-II, oraz umieścił streszczenia prac innych autorów w Nowinach Psychjatrycznych.

IX. Dr. K. Sągin.

Odruch z kostki zewnętrznej a objaw Piotrowskiego, Now. Psych. 1926, II.

X. Dr. St. Oberc
(wspólnie z Dr. Sąginem)

Odruch z kostki zewnętrznej a objaw Piotrowskiego Now. Psych. 1927, I-II.

XI. Dr. W. Januszewski.

1. Wzrost ilości przyjęć alkoholików w Dziekance. Nowiny Psych. 1927, IV.
2. Sprawozdanie z VII. Zjazdu Psychjatrów Polskich w Kocborowie w dniach 4. 5. i 6. czerwca 1927. Nowiny Psych. 1927, IV.
3. Wpływ gruczołów endokrynnych na system nerwowy. Nowiny Psych. 1928, I II.

XII. Dr. H. Zajączkowski.

1. VII. Zjazd Psychjatrów Polskich w Warszawie dnia 27. 28. i 29 maja 1928, Nowiny Psych. 1928, III-IV.
2. Zaburzenia czucia powierzchownego w epilepsji. Nowiny Psychjatryczne 1928, III-IV.
3. Zespół „haines familiales" (w streszczeniu), Nowiny Psych. 1928, III-IV.
4. Bezsenność u osób psychicznie chorych i jej zwalczanie w Dziekance. Nowiny Psych. 1929, III-IV.

Pozatem umieścił w Nowinach Psychjatrycznych kilka streszczeń i ocen oraz wygłosił szereg referatów na posiedzeniach klinicznych lekarzy w Dziekance.

XIII. Dr. Fr. Wilczyński.

Lecznictwo psychjatryczne w Dziekance w ubiegtych 10-ciu latach. Nowiny Psych. 1929, III-IV.

Pozatem ogłosił streszczenia w Przewodniku Pielęgniarskim 1929, I-II.

XIV. Dr. W. Gorzkowski (razem z Dr. Zajączkowskim) Zachorzenia psychiczne na tle alkoholizmu z wyszczególnieniem stanu rzeczy w Dziekance przed i po wojnie. Now. Psych. 1929, III-IV.

Pozatem ogłosił streszczenia w Przewodniku Pielęgniarskim 1929.

XV. Dr. St. Świerczek.

1. Dozorowanie i postępowanie z niespokojnymi i gwałtownymi chorymi. Przewodnik Pielęgniarski, 1929, I-II.
2. O leczeniu paraliżu postępującego malarją z uwzględnieniem wyników w Dziekance. Now. Psychj. 1929, III IV.

XVI. J. Medem.

1. Organizacja pracy dla psychicznie chorych w zakładzie. Przewodnik Pielęgniarski, 1929, I-II.
2. Badania kontrolne nad symptomatologją płynu mózgo-rdzeniowego w porażeniu postępującem i innych chorobach kiłowych centralnego systemu nerwowego. Now. Psychj., 1929, III-IV.

Z działu administracyjnego.

(Zanotował Insp. J. CABAŃSKI).

W r. 1919 Zakład przedstawiał się zewnętrznie na ogół w dobrym stanie, lecz budynki były wewnętrznie zniszczone i wymagały gruntownego remontu. Najgorzej wyglądały pawilony IV, VIII, IX i X m., w których władze wojskowe niemieckie w roku 1914 urządziły szpital wojskowy. Zniszczone były ściany, sufity, podłogi, drzwi, piece a nawet meble. Remont tych pawilonów nastąpił w r. 1921 po zlikwidowaniu szpitala wojskowego. W okresie dewaluacji nie było można przeprowadzać inwestycyj, ponieważ preliminowane w budżecie kwoty były już niewystarczające, gdy przyszło do wykonania budżetu.

Jednakowoż cały szereg renowacyj, koniecznych ze względów hygjenicznych, został uskuteczniony przeważnie sposobem gospodarczym, przez pacjentów Zakładu.

Z ważniejszych prac wymienić wypada usunięcie żelaznych krat z okien, które szpeciły Zakład i nadawały mu wygląd więcej więzienia, aniżeli szpitala. Z tych samych przyczyn rozebrano mury okalające ogrody przy pawilonach V i VI. (dla niespokojnych kobiet). Ogród pawilonu VI ż. oparkaniono kratami, wyjętemi z okien i mimo, że parkan ten jest stosunkowo niski, nie notowano większej liczby przypadków samowolnego oddalenia się pacjentek w porównaniu z czasem, gdy pawilony otoczone były wysokim murem.

Cmentarz zakładowy nie był ogrodzony i obce osoby i dzieci, kozy i kury grasowały na cmentarzu i wyrządzały dużo szkody. Nie mając funduszów na oparkanienie cmentarza, Dyrekcja postawiła parkan sposobem gospodarczym, zużytkowując do wyrobu słupów i sztachet drzewo, wycięte z parków zakładowych. Obecnie cały cmentarz posiada parkan sztachetowy, który w celach konserwacji pomalowano zieloną farbą pokostową. Prace ciesielskie wykonali w przeważającej części pacjenci Zakładu.

W mieszkaniach pielęgniarskich wybudowano 8 przedsionków, ażeby ochronić mieszkania przed zimnem. W kuchni centralnej, pomywalni, śpiżarni, chłodni i przyległych korytarzach, w łazienkach pomalowano ściany i sufity olejną farbą, a we wszystkich budynkach okna i drzwi w celach konserwacji, dalej przebrukowano dziedziniec przy pomocy pacjentów. Dla upiększenia Zakładu i rozrywki chorych wybudowano obok kaplicy okazały wodotrysk, na trawnikach przed pawilonami ustawiono ozdobne murowane wazy do kwiatów. Prace te wykonał pacjent według własnego pomysłu.

Żelazne parkany, okalające teren Zakładu i ogrody oddziałów, pomalowano w celu ochrony przed rdzą.

Kasyno lekarskie powiększono o jeden pokój przez wybicie ściany do bibljoteki i odrestaurowano gruntownie. W willi Dyrektora urządzono centralne ogrzewanie i mieszkanie odnowiono kompletnie. Założono nowe przewody do światła elektrycznego i dzwonków, pomalowano ze względów hygjeniczych 22 kuchnie oddziałowe. Najwięcej prac inwestycyjnych przypada na rok 1928. W roku tym wybudowano domek dla 2 rodzin pielęgniarskich; każde mieszkanie składa się z 3 pokoji i kuchni, łazienki z piecem i wanną, oraz pobocznych ubikacyj. Przeprowadzono renowacje w pensjonatach, ściany w salach i pokojach wytapetowano, sufity, korytarze i poboczne ubikacje pomalowano. Odrestaurowano także pawilon

VIII, IX, X m. i ż., kręgielnię i wiele innych ubikacyj w poszczególnych pawilonach i budynkach mieszkalnych. Przeprowadzono również całkowity remont dachów pawilonów III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, dla kobiet i IV, V, VI, VII, VIII, IX, i X, dla mężczyzn, budynku gospod. i kręgielni. Dachy wszystkich domów były kryte t. zw. cementem drzewnym. Ponieważ trwałość tego rodzaju dachów obliczona była na 30 lat, a Zakład istnieje już prawie 40 lat, więc dachy wymagały nowego pokrycia. Dachy oczyszczono z piasku, który z biegiem lat zamienił się w glinę, pokryto je podwójną warstwą nowej papy i smoły, a gdzie potrzeba tego wymagała, podłożono nowe deski, wsadzono nowe kozły i okapy, pozakładano nowe rury spadowe.

W najbliższej przyszłości będzie wybudowany:
a) budynek do fizyko — terapji,
b) budynek warsztatowy, w którym znajdą pomieszczenie: warsztat stolarski, krawiecki, obuwniczy, siodlarski, introligatorski, tkacki, malarski, klockarnia i szwalnia,
c) sanatorjum dla nerwowo chorych na 60—100 łóżek,
d) szopa do węgli,
e) szopa do wozów,
f) świniarnia,
g) piekarnia.

Kredyt na wzniesienie powyższych budynków jest uchwalony i umieszczony w budżecie nadzwyczajnym Zakładu.

Obecnie zakłada się deptak po drugiej stronie ulicy i stawia nowy parkan sztachetowy długości 270 m przy domach mieszkalnych pielęgniarzy i rzemieślników.

Urządzenia techniczne znajdowały się w chwili przyjęcia administracji od władz niemieckich w roku 1919 w gorszym stanie, aniżeli budynki. Szczególnie dawał się dotkliwie odczuwać brak wody i światła. Wprawdzie na terenie Zakładu były 4 studnie, lecz z powodu zapiaszczenia się filtrów nie dostarczały dostatecznej ilości wody.

W roku 1922 wybudowano piątą studnię o dwóch rurach, która początkowo dostarczała 15 kbm· wody na godzinę i zaradziła brakowi wody. Z powodu zwiększenia się obsady Zakładu zwiększyło się zapotrzebowanie wody i w roku 1927 wybudowano szóstą studnię, lecz w międzyczasie przestały dostarczać wodę 3 inne studnie lub dostarczały jej w tak małej ilości, że nie opłacał się za pęd elektryczny i Zakład znów cierpi na brak wody. Obecnie

wykonuje się remont trzech studni i w celu wybudowania jeszcze jednej nowej studni przeprowadza się wiercenia w poszukiwaniu dobrego pokładu i żyły wodnej.

Jedna z 2 maszyn parowych zapędowych od szeregu lat była zepsuta i nieczynna, a administracja niemiecka nie dbała o wyremontowanie tej maszyny i posługiwała się jedną maszyną, która chociaż silniejsza i lepsza, z biegiem czasu z powodu przeciążenia także wymaga szczegółowego remontu.

Uszkodzoną maszynę doprowadzono w r. 1923 do używalnego stanu. Obecnie są czynne 2 maszyny, lecz jedna słabsza, do ładowania akumulatorów nie wystarcza; więc używa się jej tylko w celu odciążenia silniejszej, i to w czasie, kiedy nie pali się światło. Na zakup nowej maszyny parowej o sile 180 koni umieszczono w budżecie nadzwyczajnym 32 000 zł. W latach 1923 i 1927 zremontowano i zwiększono baterję akumulatorową w celu zwiększenia wydajności światła.

System ogrzewania pawilonów był i jest niepraktyczny i nieekonomiczny, bo przestarzały. Sześć pawilonów ogrzewa się ciepłą wodą, w budynkach tych są kaloryfery. System ten jest dobry. Natomiast, osiem pawilonów ogrzewa się ciepłem powietrzem, które przez otwory w ścianach poszczególnych ubikacji dostaje się do sali. System ten jest wadliwy. Dalszych 7 pawilonów ogrzewa się piecami żelaznymi, wzgl. kaflanymi. Projektuje się ogrzewanie wszystkich pawilonów ciepłą wodą. Projekt ten będzie wkrótce zrealizowany z budżetu nadzwyczajnego; fundusz na ten cel przeznaczony wynosi 332 000 zł.

Kotły koprowe do gotowania w centralnej kuchni zostały z rozkazu niemieckich władz wojskowych w czasie wojny zabrane na cele wojenne i Zakład zakupił kotły niklowe, lecz i te zostały zabrane na cele wojenne; w ich miejsce dostarczono kotły żelazne, które są obecnie w użyciu. Kotły żelazne są niehygjeniczne i zużyte i w najbliższym czasie będą zastąpione koprowymi. W roku bieżącym jeden kocioł żelazny usunięto i zakupiono koprowy. Fundusz na zakup kotłów koprowych w kwocie 60.000 zł jest uchwalony i mieści się w budżecie nadzwyczajnym.

Z powodu niedostatecznej wentylacji, para w kuchni zakładowej tworzy gęstą mgłę do tego stopnia, że jeden pracownik drugiego nie widzi, a para osiada na ścianach i mimo malowania ścian i sufitów, kuchnia wygląda brudno. Na odemglenie kuchni uchwalono 6 000 zł i prace rozpoczęto.

Własna centrala telefoniczna, która jest w użyciu od początku istnienia Zakładu, nie funkcjonuje należycie mimo corocznych napraw. Aparaty telefoniczne są przestarzałe. Utrudnia to w znacznym stopniu sprawność służby lekarskiej i administracyjnej. Projektuje się urządzenie nowoczesnej centrali telefonicznej. Plany i kosztorysy są przygotowane, a kredyt w wysokości 30 000 zł jest uchwalony. Wkrótce przystąpi się do budowy nowej sieci tefonicznej.

Z powodu zwiększonej obsady Zakładu istniejący parownik do parowania ziemniaków w kuchni centralnej okazał się niewystarczający i w roku 1927 zakupiono i zmontowano drugi parownik.

W roku 1927 zainstalowano w kaplicy zakładowej brakujący rejestr piszczałek do organów, które władze niemieckie w czasie wojny zabrały na cele wojenne. Przy tej sposobności naprawiono i wyczyszczono organy.

Dla rozrywek pacjentów zakupiono w roku 1928 5-cio lampowy aparat radjowy „Telefunken" i aparat do wyświetlania filmów.

Z powyższego krótkiego sprawozdania wynika, że mimo licznych jeszcze braków w urządzeniach wewnętrznych, Zakład jest bogatszy i lepiej wyposażony w urządzenia różnego rodzaju i większy, niż był przed 10 laty, co świadczy, że administracja polska nietylko nie zaniedbała dóbr otrzymanych w spadku od władz zaborczych, lecz stale je uzupełniała, ulepszała i pomnażała na użytek i dla dobra chorych i kraju.

Kasowość Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka w ostatnich 10 latach.

(Zanotował naczelnik kasy ST. KACZMAREK).

I. UWAGI OGÓLNE.

Dział kasowo-rachunkowy Krajowego Zakladu Psychjatrycznego „Dziekanka" opierał się do dnia 31. marca 1929 r. na przepisach kasowych, uchwalonych przez „Provinzial — Ausschuss der Provinz Posen" (dzisiejszy Wydział Poznańskiego Wojewódzkiego Związku Komunalnego) w dniu 22. lutego 1901, z ważnością od 1. kwietnia 1901 r.

Księgowość była prowadzona sposobem rachunkowości kameralistycznej. Na mocy rozporządzenia Ministerstwa Spraw Wewn. i Ministerstwa Skarbu z dnia 28 marca 1927 r. - Dz. U. R. P. nr. 38 poz. 345, o rachunkowości i kasowości związków komunal-

nych oraz rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 17. czerwca 1924 r. o obowiązkach i sposobie pokrywania wydatków przez związki komnnalne zmieniono dawniejszy system księgowości na system mieszany, uwzględniający zasady stosowane w systemach księgowości amerykańskiej, niemieckiej, francuskiej i włoskiej. Kuratorem kasy jest Dyrektor Zakładu.

II. DZIAŁ KASOWO-RACHUNKOWY.

Obroty budżetowe za ostatnie 10 lat, t. j. od chwili przejęcia „Dziekanki" od władzy zaborczej, przedstawiają się następująco:
A w czasie inflacji, t. j. od roku 1919 do 1923.

Rok	1919 mk	1920 mk.	1921 mk.	1922 mk.	1923 mk.
Dochody	610 869,73	4.980.607,82	39.290.849,12	176.111.370,60	46.321.195.069.69
Wydatki	1.343.473,88	7.727.126,63	56.502.521.95	234.418.430,49	34.604.027.617,36
Nadwyżka					11.177.167.452,33
Niedobór	732.604.15	2.746.518,81	17.211.672,83	148.306 969,89	

B. w czasie stabilizacji, t. j. od roku 1924 do 31. marca 1929.

Rok	1924	1925	1926	I. kwartał 1927	1926/28	1928/29
Dochody	456.580,10	805.387,60	1.004.666,74	307,746,41	1.344.009,30	1.335.699,06
Wydatki	569.073,94	687.839,42	895.298,15	275.014,75	1.299.892,36	1.334.390, 73
Nadwyżka		117.548,18	109.368,59	32.731,66	44.116,94	1 308,33
Niedobór	112.493,84					

Szczegółowe zestawienia za powyższe okresy obrachunkowe znajdują się:

a) za czas 1919 do 1924: w Now. Psych. rocznik II, kwart. I, wydany ku upamiętnieniu 30-lecia istnienia „Dziekanki", str. 60-61,
b) za rok 1925: rocznik III, kw. I, str. 52-53.
c) za rok 1926: rocznik IV, kw. I-II, str. 126-127.
d) za I kw. 1927 i za rok 1927/28, rocznik V, kw. I-II., 190-193.

Do dnia 1.I. 1926 rok obrachunkowy równał się okresowi kalendarzowemu. Ustawą z dnia 11. sierpnia 1923 r. o tymczasowem uregulowaniu finansów komunalnych-Dz. Ust. R. P. nr. 94, poz. 747 - rok obrachunkowy został przełożony na czas od 1. kwietnia do 31. marca. Stosownie do przepisu ustępu 3 § 1 rozp. Min. Spraw. Wewn. z dnia 28. czerwca 1926 - Dz. Ustaw R. P. nr. 75,

poz. 433 - traktowano I kwartał 1927 r. jako osobny okres obrachunkowy. Wobec tego późniejsze okresy obrachukowe w drugostronnem zestawieniu kasowem obejmują już czas od 1. kwietnia do 31. marca. Jak z podanych zestawień wynika, bilans gospodarki Zakładu „Dziekanka" był po wprowadzeniu stałej waluty w postaci złotego, wybitnie czynny, odrzucając rok rocznie poważne zyski. Dwa czynniki decydowały o osiągnięciu nadwyżek budżetowych, mianowicie: wyższa stawka za chorych pochodzących z poza Wojew. Pozn., realne wydatkowanie i oszczędna gospodarka. Budżety z czasów zaborczych za rok 1911, 1912, 1913, 1914, i 1915 wykazują, że administracja niamiecka wstawiała do swych budżetów na pokrycie deficytu 120.000, 115.000, 101.000, 120.000, i 102.600 mk. to znaczy, że ówczesna gospodarka niemiecka w Dziekance była droższa niż gospodarka polska w ubiegłych 10 latach.

* * *

Hôpital psychiatrique public de Dziekanka – Dir. dr. med. dr. phil. Al. PIOTROWSKI

Dix années de l'administration polonaise à Dziekanka.

Par

AL. PIOTROWSKI.

L'auteur a fêté le dixième anniversaire de l'entrée en fonction de l'administration polonaise à Dziekanka par une édition jubilaire des „Nowiny Psychjatryczne."

L'article préliminaire donne une brève description succinte de l'hôpital, énumère les conditions de l'admission des malades, décrit l'activité médicale, la question des garde-malades et de la réforme de l'hôpital. Il n'existe à Dziekanka ni grilles, ni chambres d'isolement, ni enveloppements, ni injections de scopolamine et de morphine, ni distribution schématique en masse de somnifères. En général les aliénés ne sont pas alités à cause des maladies psychiques. Les murs sont par la plupart abolis.

La thérapeutique psychiatrique à Dziekanka a pour but de maintenir les malades au niveau civilisé et social le plus élevé possible et ceci par la psychothérapie, par le travail (ca. 90% des malades sont occupés à divers travaux), par l'éducation à la vie familiale et sociale

L'auteur décrit l'état sanitaire de l'hôpital, signale le développement du patronage familial, l'augmentation du nombre des

malades. surtout des malades de première et seconde classe, et démontre que les soins psychiatriques donnés à Dziekanka au courant des dix années dernières n'étant pas encore parvenus à abolir totalement tout phénomène fâcheux comme suicides etc. — a pourtant réduit ces cas au minimum (2 suicides au courant de dix années). Il démontre que les méthodes pratiquées à Dziekanka depuis dix ans ont permis d'abolir la détention, d'élever le niveau de civilisation et de la vie sociale des malades, de développer au maximum la thérapie de travail, de propager le système du patronage familial, d'élever le nombre des malades restitués à la santé, de diminuer le pourcent de mortalité.

Il découle de ceci que la méthode appliquée à Dziekanka pendant ces dix années dernières n'est pas pire que les méthodes traditionnelles et par égard à ses résultats meilleurs peut être considérée comme digne d'être recomandée.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka

Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Pielęgniarstwo psychjatryczne w Dziekance w ostatnich 10 latach.

Skreślił

J. GAWROŃSKI.

Pielęgniarstwo wogóle, a pielęgniarstwo psychjatryczne w szczególności znalazło się w naszem odmłodzonem Państwie zaledwie w stanie zarodkowym. Materjał pielęgniarski, którego używali nasi zaborcy w nielicznych zresztą tutejszych zakładach psychjatrycznych, nie mógł być wykorzystany, z małemi może wyjątkami byli to bowiem niechętnie nastawieni dla powstającej Polski obcokrajowcy, nieznający języka a cóż dopiero ducha polskiego, nie dorastali też do tych wymagań, jakie stawia nowożytny zakład psychjatryczny, pozbawiony wszelkich środków mechanicznych natury represyjnej, krępujących swobodę psychicznie chorych, ale polegający jedynie na czuwającej energji personelu pielęgniarskiego.

Liczne rzesze t. zw. sióstr miłosierdzia z inteligencji, które zgłaszały się do lazaretów wojskowych w czasie ubiegłej wojny, powróciły po jej zakończeniu do pieleszy domowych; personel pielęgniarski Czerwonego Krzyża pozostał przy tej Instytucji, zresztą rekrutował się z osób, które przy stosunkowo wygórowanych wymaganiach materjalnych były by surowe, a więc kompletnie niezaradne wobec specjalnych zadań, jakie nastręcza pielęgnowanie psychicznie chorych. Angażowanie do tej pracy braci i sióstr zakonnych, związanych swoistymi regulaminami i zależnych od władz, nie orjentujących się w różnych sprawach psychjatrycznych, mogło by obniżyć wartość działalności lekarzy-psychjatrów, jedynie powołanych do organizowania, prowadzenia i rozwijania zakładów tego rodzaju.

Jednanie personelu pielęgniarskiego ze sfer naszej inteligencji także chybiało by celu, gdyż sfery te nie przyzwyczajone do pracy fizycznej, związanej z pracą początkową personelu posługującego, prędko zniechęciłyby się do niej wprost z braku sił cielesnych i mogłyby taką służbę uważać sobie za poniżenie ich poziomu społecznego. Były zresztą czynione liczne próby z dopiero co wspomnianym personelem, okazały się jednak bezowocne. Życiowa więc konieczność podyktowała Dyrekcji, obejmującej Zakład w r. 1919 wybór personelu z żywiołu ludowego i małomieszczańskiego, który, oswojony z pracami domowemi ew. rzemieślniczemi i życiowo przystosowany do takowych, ma pozatem w byłym zaborze pruskim pewne wykształcenie elementarne natury ogólnej, umie pisać, czytać, rachować, co dla zawodu pielęgniarskiego wobec dzisiejszych wymagań jest niezbędne. Pierwsze poczynania surowego, a więc nieuświadomionego, niekarnego personelu, niestosującego się do rozporządzeń lekarskich, a nawet postępującego wbrew takowym, odbił się ujemnie na chorych. Nadomiar złego przyjęci z otwartemi rękami pielęgniarze polacy, wydalani z zakładów niemieckich, zaczęli uprawiać politykę, fermentować, burzyć się i zarazili rewolucjonizującą atmosferą nowo zjednany personel, który, podjudzany jednocześnie przez zewnętrznych agitatorów, coraz bardziej hardział i zachowywał się prowokująco. Do tego zarzewia dolał oliwy wiec pielęgniarzy, wobec czego powstał formalny bunt przeciwko władzy. Energiczne zarządzenia tejże, wydalenie natychmiastowe najgorszych agitatorów i surowe zarządzenia względem pozostałych uspokoiły personel i od tego czasu wzmagał się posłuch, karność i obowiązkowość. Nadto zor-

ganizowane w r. 1920 kursy pielęgniarstwa psychjatrycznego podnosiły świadomość praktykującego personelu w dziedzinie podejmowanej pracy tak, że po 10 latach z początkowego surowca wyrobił się zorganizowany zespół pracowników, który jest dziś w stanie sprostać powierzonemu sobie zadaniu. Nowoprzyjmowane jednostki, wchodząc w kadry wyrobionego personelu względnie prędko przyswajają sobie swoistą technikę pielęgniarską dzięki przykładowi wyrobionych już przodowników, niedorastające zaś do ustalonych i celowych wymagań równie prędko opuszczają Zakład, co wpływa na coraz lepszy dobór elementu pielęgniarskiego. Co do kursów przygotowawczych, w których bierze udział dobrany fizycznie, umysłowo i moralnie personel, to objęte one są dwuletnimi programami i zawierają anatomję, fizjologję, hygjenę oraz zabiegi ogólnego pielęgnowania chorych oraz specjalne pielęgniarstwo psychjatryczne, nad to obowiązki i odpowiedzialność natury prawnej, zawarte w przepisach służbowych. Kursy te odbywają się w półroczu zimowym. Wykłady prowadzą bezinteresownie lekarze zakładowi z dyrektorem na czele. Obok powyższych kursów teoretycznych odbywają się praktyczne kursy na oddziałach w porze letniej. Zapoczątkowane w r. 1920 jako jedne z pierwszych zabiegów organizacji polskiej, kursy te rozwijały się pomyślnie i w r. 1925 zostały zatwierdzone przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia) jako kursy państwowe. Na kursy uczęszcza stale personel początkujący czyli posługujący. Po pierwszym kursie odbywa się zazwyczaj egzamin wstępny, stanowiący kontrolę pozyskanych wiadomości z zakresu wykładanych przedmiotów, stopnia wyrobienia myślowego w tej dziedzinie oraz zrozumienia wyższości pielęgniarza posługującego od zwykłego służącego. Kurs drugi przeznaczony jest dla tych pielęgniarzy posługujących, którzy ukończyli 21 lat życia i mają za sobą trzy lata służby, przygotowującej do zawodu pielęgn. Po wysłuchaniu tego kursu zgłaszają się do egzaminu państwowego, który daje im prawo do awansu na pielęgniarza(kę) pomocniczego(ą). Plan kursów skreślony jest w roczniku 5-ym Nowin Psychjatrycznych, Kwart. I-II, str. 32. Aby utrzymać i potęgować w przygotowanym przez kursy personelu zdolność myślenia w dziedzinie pielęgniarstwa, podtrzymywać zainteresowanie w tym kierunku, propagować samouctwo oraz zapoznawać personel z aktualnemi sprawami i postępami pielęgniarstwa psychjatrycznego, Redakcja Nowin Psychjatryczneych zaczęła wydawać w roku bie-

żącym dodatek pod tytułem: „Przewodnik Pielęgniarski" z myślą, aby dotarł też wszędzie tam, gdzie organizuje się i rozwija praca pielęgniarstwa psychjatrycznego w granicach naszego Państwa.

W tym samym roku, kiedy powstały wyżej wymienione kursy, przeprowadzona została organizacja personelu pielęgniarskiego w stosunku do jakości wykonanych przez niego obowiązków. Swieżo przyjmowany na czas próbny materjał osobowy spełniał obowiązki posługujących, pod tym względem nie różniąc się od służby w szpitalach innego typu.

Po przebytej próbie surowy ten materjał zostaje po obznajmieniu się z regulaminem służbowym, uzupełnionym przepisami dla służby pielęgniarskiej (patrz. rocznik V Now. Psych , Kwart. I-II, rok 1928, str. 36—43) skontraktowany i przez podanie ręki Dyrektorowi w miejsce przysięgi zobowiązany do sumiennego spełniania przyjętych obowiązków oraz zachowania tajemnicy służbowej. Po skontraktowaniu personel posługujący uczęszcza w pierwszym roku na wyżej opisane kursy, które stają sie ważnym czynnikiem w doborze zdolniejszych umysłowo sił pielęgniarskich. Po 3-letniej nienagannej służbie i przesłuchaniu wyż. wymienionych kursów, zakończonych egzaminem z wynikiem dodatnim, awansuje posługujący(ca) na stanowisko pielęgniarza(rki) pomocniczego(ej). W tym charakterze pracuje lat 10, aby uzyskać stanowisko pielęgniarza(rki) t. j. ustalonego urzędnika(czki) z prawem do emerytury, o ile wykaże się odpowiednią inteligencją, gruntowną znajomością służby pielęgniarskiej, zamiłowaniem do niej oraz niezbędnym na stanowisku pielęgniarza poziomem moralnym. Przy podobnem organizowaniu personelu dobór takowego traci charakter sztuczności i dowolności, wypływa bowiem z natury osobowości, przygotowanej fizycznie, umysłowo i moralnie do obranego zawodu. Z pośród ustalonego personelu dobiera się jednostki zdolniejsze i bardziej samodzielne na oddziałowych(we), których obowiązkiem jest bezpośredni nadzór nad pojedyńczymi oddziałami. Z najzdolniejszych, samodzielnych oddziałowych rekrutuje się personel nadpielęgniarski. Z każdym awansem połączone są odpowiednio wyższe pobory. Wahają się one między zł 40 - 50 miesięcznie dla świeżo przyjętego młodego personelu (plus mieszkanie, odzież szpitalna, pożywienie III. klasy i świadczenia socjalne jak Kasa Chorych, Ubezpieczenie itp., bez żadnych zgoła potrąceń materjalnych) i zł 392 - bez utrzymania - dla personelu ustalonego.

Tak w ogólnych zarysach rozwinęła się i skrystalizowała organizacja służby pielęgniarskiej w Dziekance za pierwsze dziesięciolecie i okazała się celową. Jednym z dowodów tej celowości jest okoliczność, że w początkach organizacji zmiana personelu młodszego dochodząca do 88% zredukowała się obecnie do 17% na oddział. żeńsk. (pielęgniarki wychodzą za mąż) i do 15% na oddziałach męskich (pobór do wojska). Z ustalonego starszego personelu nikt nie opuścił służby. Szczegółowe dane o tejże znajdą czytelnicy w referacie Dyrektora Al. Piotrowskiego p. t. „Organizacja służby pielęgniarskiej w szpitalu psychjatrycznym," Rocznik V, kwartał I - II, rok 1928, str. 30.

W niniejszej zaś pracy uwydatnić jeszcze wypadnie zmiany, jakie zaszły w stosunku ilościowym personelu pielęgniarskiego do chorych i zasadnicze pobudki, które do zmian tego stosunku doprowadziły, oraz pewne charakterystyczne dla Dziekanki momenty organizacyjne, dotyczące pracy pielęgniarskiej jak służba nocna, kontrola tejże natury osobowej (lekarze, personel pielęgniarski) i natury mechanicznej (system zegarowy), dalej instrukcje czyli odprawy dla służby nocnej, raporty dzienne i nocne, regulamin oraz przepisy służbowe.

W sprawie stosunku ilościowego personelu pielęgniarskiego do chorych zaznaczyć należy, że stosunek ten w początkach organizacji t. j. w r. 1920 wynosił 1 : 8 z wyłączeniem pielęgniarzy (ek) prywatnych i dozorujących nocą, przyczem służbę pełniono 14 godzin dziennie.

W miarę postępu organizacji stosunek ten doszedł do 1:10, przytem zredukowana została ilość godzin służbowych dziennie do przeciętnie $8^1/_2$ godzin. Zmiana ta, pozornie niekorzystna dla obu stron, była wynikiem 1° coraz większej sprawności wyrabiającego się teoretycznie (kursy) i praktycznie personelu, 2° stopniowego doboru sił zdolniejszych i sumienniejszych, poważniej traktujących swoje obowiązki, 3° racjonalnego ustosunkowania służby pielęgniarskiej pod względem jakościowym i ilościowym na różnych oddziałach, jak to demonstrują poniżej zestawione tablice, 4° podziału pracującego personelu na grupy z jednoczesnym rozkładem dziennej pracy dla poszczególnych grup tak, aby nie wszystkie grupy w ciągu dnia pracowały jednocześnie i tem samem zyskiwały więcej godzin wolnych.

Dwa pierwsze z przytoczonych punktów mówią same za siebie; jasną bowiem jest rzeczą, że im personel jest więcej wy-

robiony, łatwiej opanowuje polecone sobie obowiązki, z większą wówczas sprawnością je wykonuje, tem mniej tegoż do wykonania tej samej pracy potrzeba, t. zn., że nie ilość ale jakość osób pracujących jest tu miarodajną. Co do punktu 3 go t. j. racjonalnego ustosunkowania służby pielęgniarskiej jakościowo i ilościowo na poszczególnych oddziałach, demonstrują to poglądowo dwie przytoczone tablice.

TABLICA I.

Tygodniowy podział służby dla oddziału VI-go (dla chorych niespokojnych) na miesiąc luty 1928.

Przeciętna liczba dzien. chorych: 72. Pielęgniarzy: 7 — posługujących: 3 — Stosunek pers. do chorych 1 : 7,2.

L. b.	Nazwisko pielęgniarza	poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela	Razem	Podpis pielęgniarza
1	St.	10	5	10	8	5	6	10	54	St.
2	Koł.	6	10	8	10	8	10	8	60	Koł.
3	Kr.	10	5	10	8	5	6	10	54	Kr.
4	C.	5	10	8	5	10	10	6	54	C.
5	Ba.	10	6	8	10	10	8	8	60	Ba.
6	S.	5	10	10	8	5	6	10	54	S.
7	K.	10	5	8	6	8	10	7	54	K.
8	Bi.	6	10	8	10	10	8	8	60	Bi.
9	P.	5	8	6	10	7	10	8	54	P.
10	Fr.	8	5	10	5	10	6	10	54	Fr.

Dziekanka. dnia 31 stycznia 1928 r.

(—) podpis lekarza (—) podpis nadpiel. (—) podpis piel. oddział.

TABLICA II.

Tygodniowy podział godzin służby dla oddziału V. (dla chorych spokojnych) na miesiąc luty 1928.

Przeciętna liczba dzien. chorych: 48. Pielęgniarek: 2, posługujących: 2. — Stosunek ilość pers. do chorych: 1 : 12.

L. b.	Nazwisko pielęgniarki	poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela	Razem	Podpis pielęgniarki
1	P.	11	5	11	11	5	11	6	60	P,
2	Ch.	5	11	11	5	11	11	6	60	Ch.
3	G.	11	5	11	11	11	6	11	66	G.
4	B.	11	11	6	11	11	5	11	66	B.

Dziekanka, dnia 31-go stycznia 1928 r.

(—) podpis lekarza (—) podpis nadpiel. (—) podpis piel. oddział.

Na każdy miesiąc zestawiane są podobne tablice dla każdego oddziału z osobna z uwzględnieniem miarodajnych czynników

na danym oddziale, n. p. na oddział dla niespokojnych przeznacza się na 72 chorych 7.iu pielęgniarzy (ek) pomocniczych t. j. służbowo lepiej wyrobionych i dodatkowo 3 pielęgniarzy (rek) posługujących. Stosunek ilościowy ogółu pielęgniarzy (rki) i do chorych stanowi 1 : 7,2, natomiast na półotwartym oddziale (V-ym) dla spokojnych na 48 są zaledwie 4 pielęgniarki (w tem dwie posługujące), a więc stosunek ilościowy przedstawia się 1 : 12.

Widniejące z powyższych tablic zmiany w godzinach służby dla poszczególnych jednostek z personelu spowodowane są 1° udzielaniem godzin wolnych i 2° wspomnianym powyżej podziałem personelu na grupy. Ilustruje to odpowiednio przytoczony tu ustęp z pracy Al. Piotrowskiego w zeszycie 1. i 2.gim Nowin Psychjatrycznych, Rok V, 1928 p. t. „Organizacja służby pielęgniarskiej w szpitalu psychjatrycznym", str. 35.

„Chcąc ze względów budżetowo-oszczędnościowych ograniczyć się do mniejszej ilości personału jak wyżej t. j. 1 : 10 (stosunek ten rozumie się po odliczeniu służby nocnej i prywatnej), należy podzielić personał na grupy, godziny zaś służbowe dla poszczególnych grup rozłożyć na dobę w ten sposób, aby w czasie najintensywniejszej pracy cały personał znajdował się na miejscu, w godzinach zaś względnego spokoju jak np. we wczesnej porze porannej, poobiedniej i pod wieczór zbędny personał mógł być zwolniony. Nie wszystkie grupy muszą zatem stawać do pracy równocześnie. Pierwsza grupa pielęgniarzy i posługujących rozpoczyna służbę o godzinę wcześniej, druga godzinę później, a trzecia dwie godziny później niż pierwsza. Za to pierwsze dwie grupy kończą obowiązki o dwie godziny wzgl. o jedną godzinę wcześniej, niż grupa ostatnia. Wtedy maximum personału znajduje się na oddziałach w czasie przed — wzgl. popołudniowym, kiedy najwięcej jest roboty. Podobna organizacja służby pielęgniarskiej ma tę dodatnią stronę, że pozwala zaspokoić potrzeby lecznictwa psychjatrycznego przy mniej licznej obsadzie personalnej bez nadmiernego obciążenia personału, jednakże przy conajmniej 10-godzinnym dniu pracy z odliczeniem niedzieli. Na starszy personał winno przypadać mniej godzin służbowych niż na posługujących, przygotowujących się dopiero do służby pielęgniarskiej. Starszy personał winien pracować 60 godzin, młodszy 66, nocny 63 godziny tygodniowo (latem, 70 — zimą). Na oddziałach dla chorych niespokojnych służba trwa 54 godziny. Pożądanem jest, aby na oddziale znajdował się plan godzin służbowych dla pielęgniarzy i posługujących, opraco-

wany na każdy tydzień, podpisany przez lekarza oddziałowego, nadpielęgniarza, pielęgniarza oddziałowego i personał. W pierwszej rubryce zapisuje się nazwisko pielęgniarza wzgl. posługującego, w następnych liczbę godzin pracy, wyznaczoną na każdy dzień tygodnia i wreszcie w rubryce ostatniej podpisuje się własnoręcznie pielęgniarz na znak potwierdzenia."

Przechodząc do służby nocnej, zaczniemy od odpowiedniego ustępu w wyżej wspomnianym artykule Al. Piotrowskiego.

„Służba nocna może być zorganizowana w ten sposób, że na każdym oddziale czuwa jedna osoba starsza, doświadczeńsza. W pobliżu natomiast śpi druga, młodsza osoba, której obowiązkiem jest na zawołanie czuwającej okazać pomoc. Za każdą przerwę we śnie dla celów służbowych przebudzony(a) zyskuje we dnie jedną godzinę wolną od pracy, t. zn. że pracuje o jedną godzinę mniej, jeżeli zaś wstawał(a) w nocy trzy razy do chorego, jest następnego dnia zupełnie zwolniony(a) od pracy. Ten sposób dozoru nocnego jest korzystniejszy od dozoru składającego się na każdym oddziale z dwóch osób czuwających, albowiem pozwala zmniejszyć ilość pielęgniarzy nocnych, co przynosi znaczne oszczędności w budżecie personalnym."

Naogół służba nocna odbywa się w Dziekance od 8-ej wieczór do 6-ej rano w myśl dopiero co przytoczonej dyrektywy na oddziałach, przeznaczonych dla chorych niebezpiecznych dla siebie i otoczenia i za których personel pielęgniarski bierze odpowiedzialność, podpisując t. zw. rewers (jest to zobowiązanie wystawione przez lekarza dyżurnego w chwili przyjęcia odpowiedniego chorego, lub lekarza oddziałowego w razie jeżeli nasilenie chorobowe nastręcza przypuszczenie niebezpieczeństwa) a więc na oddziałach obserwacyjnych dla nowoprzyjętych chorych, na oddziale dla niespokojnych, pozatem na oddziale dla psychicznie chorych, niedołężnych przytem cieleśnie i dla epileptyków, oraz na oddziale szpitalnym dla obłożnie chorych, w końcu na oddziale I-ym, przeznaczonym dla chorych 1-ej i 2-ej klasy, który też posiada salę odwachową. Razem więc służba nocna odbywa się na 12-stu oddziałach. Przed przystąpieniem do dyżuru każdy pielęgniarz i pielęgniarka odwiedza przeznaczony oddział i informuje się u pielęgnujących oddziałowych o zaszłe w ubiegłym dniu zmiany w kontyngiensie chorych i o bliższe informacje o takowych, poznaje ich osobiście i miejsce ich spoczynku oraz podpisuje świeżo wystawione rewersy, poczem udaje się na godzinę 3/4 8-mą na t. zw. instrukcję czyli

w pielęgniarskim narzeczu „odprawę“, na której lekarz dyżurny sprawdza, czy poszczególni (e) pielęgniarze (ki) poinformowali się dokładnie o obecnym stanie chorych na oddziałach co do ich ilości i jakości, czy wiedzą, ilu mają i jakich (z nazwiska) rewersowych, epileptyków oraz skłonnych do ucieczki, wreszcie otrzymują ogólne i specjalne ostrzeżenia i polecenia. O 8-ej po wyżej otrzymanych informacjach zmieniają na oddziałach służbę dzienną. Do zwykłych zajęć, jakie nastręcza służba nocna, przyłącza się obowiązek pilnej obserwacji chorych i składania piśmiennego raportu o ich zachowaniu się, który skreśla się pod raportem dziennym, sporządzonym przez oddziałowych. Książki raportowe składane są przez personel nadpielęgniarski na konferencję dnia następnego jako materjał informacyjny dla lekarzy i dyrekcji.

Kontrolę służby nocnej spełniają lekarze i nadpielęgniarze(rki) zwykłe w dobie swego dyżuru. Pomocniczą kontrolą osobową i mechaniczną zarazem będzie centralny zegar w lokalu odźwiernego, połączony elektrycznie z zegarami oddziałowymi. Każde naciśnięcie zegara oddziałowego, które odbywa się co 10 minut przez służbę nocną jest sygnalizowane na zegarze centralnym, kontrolowanym przez nocnego oddźwiernego. Brak sygnału z któregoś z oddziałów spowodowuje interpelację telefoniczną kontrolującego, który tą drogą informuje się o przyczynie niedojścia do skutku brakującego sygnału.

Oto obraz organizacji pielęgniarstwa, ilustrujący wysiłki sfer kierowniczych Dziekanki w ubiegłem dziesięcioleciu.

Dla uzupełnienia powyższego obrazu wypada jeszcze zaznaczyć, że w okresie pisania tej pracy odbył się w Dziekance egzamin państwowy personelu pielęgniarskiego, uczęszczającego na kursy w r. 1928/29, a mianowicie dnia 18. IV. br. pod przewodnictwem delegata Rządu i w obecności dyrektora Zakładu oraz lekarzy wykładających. Komisję egzaminacyjną stanowili dr. Górski, naczelnik Wydziału Zdrowia w Województwie Poznańskiem, jako delegat Rządu, dyrektor Zakładu Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski i dr. J. Gawroński, prymarjusz Zakładu.

Do egzaminu przystąpiło 11-stu pielęgniarzy i 3 pielęgniarki, z których większość złożyła go bardzo dobrze, lub dobrze, mniejszość dostatecznie, wykazując zadawalniającą orjentację w zakresie obowiązujących przedmiotów oraz znaczne wyrobienie umysłowe zarówno w pracach piśmiennych z pielęgniarstwa

psychjatrycznego jak i w odpowiedziach ze wszystkich obowiązujących przedmiotów.

W obecnej chwili pracuje w Dziekance 56 pielęgniarzy i 66 pielęgniarek — ogółem 131 osób na 1026 chorych (528 mężczyzn i 498 kobiet) mianowicie:

	2	nadpielęgniarzy		2	nadpielęgniarki
	11	pielęgniarzy oddział. } ustaleni		9	pielęgniarek oddziałowych
	11	„ etatowych } ustaleni			z tych dwie ustalone
	18	„ pomocniczych		22	pielęgniarki pomocnicze
	23	„ posługujących		33	„ posługujące
razem	65	osób	razem	66	osób

Z podanego personelu uczęszczało na kursy i podlegało egzaminowi:

posługujących:
pielęgniarzy 56 } razem 110
pielęgniarek 54 }

(z tych otrzymało 14 świad. rządowe).

nie uczęszczało jeszcze na kursy jako świeżo przyjęci: pielęgniarzy 9 } razem 21
pielęgniarek 12 }

Ogółem 131

Z powyż. zestawienia wynika, że personel w Dziekance jest przeważnie wykwalifikowany, uczęszczał bowiem na kursy i podlegał egzaminom z teorji i praktyki (84 proc.), zaledwie 21 osób (16 proc.) z personelu świeżo przyjętego nie posiada jeszcze odpowiedniego przygotowania.

* * *

Hôpital psychiatrique public de Dziekanka – Dir. dr. med. dr. phil. Al. PIOTROWSKI

L'organisation du service des garde-malades à Dziekanka au courant des dix années derniéres.

Par J. GAWROŃSKI.

L'auteur trace le tableau de l'organisation du service des garde-malades à Dziekanka au courant des dix années dernières et indique les difficultés qu'il y avait à vaincre non seulement pour choisir le matériel nécessaire, mais aussi pour l'instruire.

Les cours théoriques et pratiques pour garde-malades et leur programme (anatomie, physiologie, hygiène, soin des malades

en général et des aliénés en particulier, droit civil et pénal), ces cours étant donnés gratuitement par les médecins de l'hôpital et le directeur en première ligne. Les cours durent deux ans et sont terminés par un examen de l'État.

L'auteur énumère les degrés divers du personnel, comme suit: serviteur ou servante, garde-malade assistant, garde-malade de section, garde-malade supérieur, les apointements oscillant entre 40—50 zł argent comptant, table, logement et uniforme (pour serviteur) et 392 zł argent comptant sans pension pour garde-malade supérieur. Ensuite vient le rapport numérique entre le personnel et les malades qui se traduisait primitivement par 1 : 8 et descendit dans la suite à 1 : 10 à l'époque des réductions. Comme cause de ce changement l'auteur cite: 1). l'aptitude croissante du personnel, 2). un choix de plus en plus judicieux des personnes, 3) une classification raisonnée du personnel dans les sections diverses sous le rapport du nombre et de la qualité, 4) une distribution du travail du jour par groupes. A la fin de sa relation l'auteur parle du service de nuit, c'est-à-dire des dispositons qui sont données journellement par les médecins, de la division du travail, des rapports et du contrôle personnel exercé par les médecins et les garde-malades supérieurs (et supérieures) et du contrôle par un mécanisme d'horlogerie.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka

Dyr. Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI.

Lecznictwo psychjatryczne w Dziekance w ostatnich 10 latach.

Podał Dr. FR. WILCZYŃSKI.

Referat zgłoszony na XIII. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie w d. 26—29 września 1929 r.

Doświadczenia, zebrane w praktyce szpitalnej w ostatnich 10 latach w Dziekance, pokazały, że lecznictwo psychjatryczne może się obyć bez całego szeregu tradycyjnych form postępowania, które przy dokładniejszem rozpatrzeniu okazały się jako mniej wartościowe i zbyteczne.

Tradycyjne lecznictwo psychjatryczne polega na tem, że chorych trzyma się za kratami i murami, niespokojnych, niebezpiecz-

nych izoluje się, pacjentów zaczepnych, skłonnych do wyładowań gwałtownych, ubiera się w kaftany, maski, rękawice skórzane, przywiązuje do łóżka osiatkowanego, przetrzymuje się dłuższy czas w łóżku, stosuje się względem nich kąpiele prolongowane, zawijanie w koce, zastrzykiwanie skopolaminy i morfiny lub przepisuje się środki chemiczne na uspokojenie i sen.

Wyszczególnione sposoby lecznicze mają niejedną stronę dodatnią, ale także wiele cech ujemnych, które przemawiają dość głośno przeciw ich stosowaniu. Kraty i mury już z daleka cechują zakład psychjatryczny jako więzienie, nadają mu wygląd ponury i odstraszający, a bynajmniej nie stanowią przeszkody dla zwinnego, silnego pacjenta, pragnącego w nielegalny sposób wydostać się z zakładu i są niepotrzebne dla większości internowanych osób, psychicznie albo cieleśnie niezaradnych, niedołężnych. Mury wywołują bunt ze strony tych chorych, którzy posiadają pewien zasób energji, a działają deprymująco wzgl. pogłębiają przygnębienie chorych, którzy tej energji nie posiadają.

Wrażenie więzienia robią także izolatki, przeznaczone do odosobnienia gwałtownych, niebezpiecznych, niesocjalnych chorych, skłonnych do zaczepiania.

Chorzy odczuwają izolację zwykle jako karę niesłuszną, jako niesprawiedliwą, widzą gwałt, ograniczenie swobody, z tego powodu rozdrażniają się jeszcze więcej, nastrajają się nieprzyjaźnie do lekarzy i pielęgniarzy, w k órych upatrują wrogów albo dozorców więziennych, a zakład uważają za więzienie. Izolatka przedstawia dla chorego wielkie niebezpieczeństwo, polegające nietyle na tem, że istnieje możliwość nieszczęśliwego wypadku samobójstwa itp. wskutek niedostatecznego dozoru, ile w następstwach natury psychotycznej. Izolacja prowadzi chorego do autyzmu i otępienia. Właśnie w izolatce chory staje się aspołecznym, przykrym, gwałtownym, negatywistycznym z powodu utraty kontaktu ze światem zewnętrznym. W izolatkach kształtują się jednostki, które Niemcy określają charakterystycznem mianem „Zellenprodukte“. Izolacja działa podstępnie, gdyż szkody jakie wyrządziła, zaczynają się uwydatniać dopiero później i próby przeciwstawienia się złemu, są już zwykle spóźnione. Nie należy więc nigdy izolować chorego jedynie dla tego, że chory jest niewygodny dla otoczenia. Szkoda moralna, jaką wyrządza izolacja choremu, jest większa, aniżeli ta, która wyniknąć może z jego współżycia z towarzyszami. Nawet, gdyby każdy izolowany miał swego pielęgniarza, to izolacja byłaby

gorszą od pozostawienia chorego na sali ogólnej, która jest środowiskiem żywem, gdzie chory z czasem dostosowuje się do okoliczności i otoczenia, gdzie nie może stale puszczać wodzy swym kaprysom i musi liczyć się z tymi, z którymi razem przebywa. Izolowanie wpływa ujemnie na stan cielesny izolowanego, zawiera w razie dążności samobójczych chorego niebezp. dla jego życia.

Przeprowadzenie wzburzonego, opornego pacjenta do izolatki łączy się z przymusem i nieraz może być uskutecznione tylko przy użyciu przemocy; wszystko to działa demoralizująco na chorego, na służbę i na otoczenie. To też momenty wyszczególnione poprzednio, doprowadziły do wniosku, że izolowanie nie przedstawia wartościowej metody uspokojenia wzburzonych chorych.

Atoli błędnem jest też mniemanie, że izolatkę można zastąpić łóżkiem osiatkowanem, kaftanem, maską, rękawicami skórzanemi. Pacjent w łóżku osiatkowanem, w kaftanie, w masce, w rękawicach skórzanych, obniża poziom socjalny całego oddziału, wpływa swoim wyglądem ujemnie na innych chorych i na personał. Na oddziale wśród pacjentów drażliwych powstaje złowrogie napięcie nastrojów, wyładowujące się przy pierwszej sposobności w czynach gwałtownych, skierowanych przeciw personałowi, co prowadzi znowu do stosowania przymusowych ograniczeń mechanicznych. W ten sposób ustala się istne błędne koło.

Sytuację łagodzi odmienny typ izolacji, przedstawiający się w postaci zwykłego łóżka na ogólnej sali, aczkolwiek i ono ma swoje cechy ujemne. Nie każdy bowiem chory wzburzony uspakaja się w łóżku. Pacjent niespokojny, ruchliwy, skłonny do wyładowań motorycznych, przeskakuje z łóżka na łóżko, zdziera koszulę, biega nago po sali, co zwłaszcza zimą prowadzi do zaziębienia się, do zapalenia płuc, do śmierci. Z drugiej strony długotrwałe przetrzymywanie w łóżku i wynikająca stąd bezczynność chorego, psychicznie zahamowanego osłabia jego narządy krwionośne, które później w chwili niepokoju ruchowego przy nadmiernym wysiłku mięśniowym wypowiadają posłuszeństwo. Wentylacja płuc staje się powierzchowną i stąd zwiększa się niebezpieczeństwo powstania gruźlicy; trawienie, przemiana materji, procesy odżywcze w tkance nie odbywają się prawidłowo. Cieplota łóżka pobudza chorego do masturbacji i podniet seksualnych, halucynacje czuciowe przybierają na nasileniu.

Chory, przebywający długie lata w łóżku, staje się wygodnym, leniwym, zniewieściałym, przyzwyczaja się do łóżka i wre-

szcie opuścić go nie chce, z czasem traci kontakt z otoczeniem, nie interesuje się wydarzeniami w świecie zewnętrznym, tępieje, a w miarę tępienia przyswaja sobie narowy antyspołeczne, zaniedbuje się, obojętnieje, plami bieliznę rozlewaniem potraw na pościel, zanieczyszcza łóżko i siebie moczem i kałem; z powodu nieczystości zapada na choroby skórne, dostaje odleżyny. Stałe przebywanie w łóżku jest męczarnią dla człowieka fizycznie zdrowego.

Nie zawsze też działa uspakajająco kąpiel przedłużona. Stwierdza się często, że oporny chory w rozdrażnieniu wylewa wodę na wszystkie strony, oblewa pielęgniarzy, usiłuje gwałtem wydostać się z wanny. Stąd wyłania się walka między nim a służbą na niekorzyść kąpanego, który w końcu ulega przemocy i pozostaje we wannie z konieczności pod ściślejszym jeszcze dozorem, z tego powodu pielęgniarze oderwani bywają od innych obowiązków. Taka kąpiel nie przynosi pożytku, przeciwnie wysiłek mięśniowy z powodu mocowania się ze służbą osłabia chorego, a dążeniem lekarza powinno być, oszczędzać siły fizyczne pacjenta, pożerane w znacznym stopniu przez chorobę psychiczną.

Błędną zatem jest praktyka przetrzymywania chorego niespokojnego wbrew jego woli przez kilka lub kilkanaście godzin w kąpieli, albo wkładanie przemocą do wanny przerażonego pacjenta z halucynacjami wzrokowemi, zwidującego w wodzie węże, ropuchy i różne wstrętne robactwa. Poniekąd kąpiel naraża kąpanego na niebezpieczeństwo utraty życia, albowiem może sprowadzić śmierć w napadzie epileptycznym, paralitycznym, może spowodować omdlenie, zapad, poparzenie, gdy woda jest zbyt gorąca, przeziębienie, gdy woda jest zimna, może wskutek nieuwagi personelu, ułatwić samobójstwo, chorego przez utopienie, spowodować macerację naskórka.

Obok przedłużonych kąpieli bywa stosowane zawijanie w koce. Całkowite zawijanie przedstawia odmienny typ kaftana, tylko przykrzejszy, ubezwładniający we większej mierze chorego, hamujący oddech i wywołujący przykre uczucie duszności i lęku. Dla osoby ze silnym niepokojem ruchowym, zawijanie w koc na kilka godzin jest szkodliwe, albowiem chory, usiłujący się wydostać z krępujących go więzów, wysila się coraz więcej, wyczerpuje się i zapada na siłach.

W przypadku nagłym, gdzie chodzi o szybkie uspokojenie chorego wzburzonego, gwałtownego, stosuje się często zastrzyki skopolaminy wzgl. morfiny, a w depresji opjum. Skopolamina i podobne środki działają usypiająco i przedstawiają rodzaj chemicznego

kaftana, a jako trucizny działają szkodliwie na serce, stanowią niebezpieczeństwo dla życia, mianowicie u osób słabowitych.

Dla zwalczania bezsenności ordynuje się środki chemiczne zbyt pochopnie w dużych ilościach. Środki nasenne nietylko są szkodliwe dla organizmu, — trional, sulfonal działają szkodliwie na nerki, chloralhydrat na serce, weronal na obwodowe naczynia krwionośne, — lecz nieraz wywołują nowe objawy chorobowe np. halucynacje, stany deliryczne, a pacjent zażywający przez dłuższy czas nasennik, uzależnia się od tego środka i później bez niego usnąć nie może. Szematyczne masowe rozdawanie narkotyków i nasenników bynajmniej nie sprowadza pożądanego spokoju i snu.

Powyżej wyszczególnione ujemne strony wymienionego systemu lecznictwa psychjatrycznego skłoniły Al. Piotrowskiego do zarzucenia dawniejszej praktyki i wprowadzenia odmiennych metod terapji (cf. Piotrowski: Przyczynek do lecznictwa psychjatrycznego, Nowiny Psychjatryczne, 1924,7). Piotrowski odrzucił przedewszystkiem te środki lecznicze, których wartość już pod względem teoretycznym okazała się problematyczną — a pod względem praktycznym negatywną. To też mury w Dziekance zniknęły w znacznej części bez ujemnych skutków dla wewnętrznego porządku zakładowego. Na wyraźne życzenie ogrodnika pozostał tylko mur przy pawilonach dla niespokojnych mężczyzn jako zasłona od wiatrów zachodnich dla cieplarni, znajdującej się poza murem.

Również usunięte zostały kraty okienne, izolatki zniesione, albo przerobione na mieszkania dla młodszego personału, częściowo przerobione na pokoje dla pacjentów drażliwych pragnących odosobnienia. Na wyraźną prośbę chorego, że życzy sobie mieszkać oddzielnie, pozwala się na używanie dawniejszej izolatki jako pokoju mieszkalnego.

Chorych izoluje się tylko ze względów cielesnych w chorobach zakaźnych. Przyrządy służące do mechanicznego ograniczenia jak łóżko osiatkowane, kaftan, maska, rękawice skórzane, nie istnieją. Młodszy personał pielęgniarski nie zna tych przyrządów nawet z nazwy. Do łóżka kładzie się pacjentów ze wzgl. cielesnych.

Natomiast względy psychjatryczne tylko wyjątkowo stanowią wskaźnik do trzymania chorego w łóżku np. gdy doświadczenie, zrobione z chorym, wykazało, że wzburzonego manjaka nie można uspokoić inaczej jak w łóżku, gdy melancholik ze silnym lękiem w łóżku prędzej doznaje ulgi w swoich cierpieniach.

W zachorzeniach cielesnych chętnie posługujemy się kąpielą prolongowaną. W psychozach natomiast już od dłuższego czasu nie używamy kąpieli długotrwałych, trwających kilka lub kilkanaście godzin, jak to dawniej bywało. Opornego wobec kąpieli chorego nie zmuszamy gwałtem do kąpania. Zadawalamy się, gdy pacjent oporny wobec kąpieli, umyje ciało albo wytrze je mokrym ręcznikiem lub weźmie natrysk.

W odpowiednich stanach somatycznych stosuje się częściowe zawijanie, działające korzystnie w newrozach, w psychonewrozach, w lekkich depresjach, natomiast kocy nie używa się jako środka do ubezwładnienia niespokojnego chorego. Używamy wtedy innych metod. Choryeh niezadowolonych, drażllwych, pieniaczy, skłonnych do wybuchów gniewnych, pobudzających swojem niespokojnem zachowaniem otoczenie do hałasowania, umieszcza się na oddziałach, gdzie znajdują się pacjenci otępiali, słabowici, obojętni. Tu hałaśliwy pieniacz żadnej szkody nie wyrządzi. Gdy spostrzeże, że nie robi wrażenia na otoczeniu, uspakaja się i z czasem staje się nawet pomocnikiem pielęgniarza. Wyeliminowanie takiego niespokojncgo osobnika z oddziału dla pobudliwych ma to znaczenie, że usunięta została przyczyna do zatargów. Agresywnych pacjentów rozmieszcza się w małych grupach na poszczególne sale, gdzie ich się zatrudnia odpowiedniemi robotami domowemi, a tych, którzy do systematycznej pracy nie są zdolni z jakichkolwiek powodów, albo pracować nie chcą a są skłonni do wyładowań gwałtownych, nakłania się do gry footbalowej; nietylko latem ale także zimą piłka skórzana leży w ogrodzie i każdej chwili może być używana. Zawsze znajdzie się ktoś do rzucania piłką, inny odpowiada i gra wnet jest w biegu.

Pielęgniarze mają polecenie rozpoczynania gry footbalowej, gdy spostrzegą, że u pacjentów drażliwych niepokój się wzmaga. Również gra w kręgle jest skutecznym środkiem do uspokojenia chorych. Wywołuje bowiem wesoły nastrój. Hałaśliwych krzykaczy, śpiewaków, nakłania się do śpiewu zbiorowego.

Na oddziale dla niespokojnych kobiet pielęgniarki mają obowiązek podniecone chore z niepokojem ruchowym, skłonne do wyładowań motorycznych, nakłaniać do tańców figurowych, hałasujące pobudzać do śpiewu chórowego.

Ten sposób postępowania nazywa Al. Piotrowski systematycznem organizowaniem hałasu i niepokoju ruchowego. Hałas

i niepokój ruchowy pozostają wprawdzie, ale przybierają estetyczniejszą formę, zatracają natomiast nieprzyjemne cechy chaosu.

Inny sposób uspakajania podnieconych chorych polega na tem, że lekarz wpływa perswazją na wyobraźnię chorego. Doświadczenia bowiem, zebrane w Dziekance, wykazały, że nawet chory w ostrym okresie zaburzeń psychicznych jest przystępny perswazjom.

Pozatem ważne czynniki terapeutyczne stanowią:

1. treściwe, obfite odżywianie,
2. hygjena,
3. systematyczne wychowanie pacjentów przez zajęcie,
4. psychoterapja,
5. terapja fizykalna i chemiczna.

Dobre odżywianie, podawanie strawnego pokarmu, wpływa dodatnio na przebieg choroby, w psychozach z wycieńczenia usuwa przyczynę choroby, w psychozach intoksykacyjnych i p. p. reguluje przemianę materji, przyspiesza wydalania substancji toksycznych, wpływa na uspokojenie pacj. Wiadomo bowiem, że osobnik z pełnym żołądkiem jest wygodny, leniwy, łaknący spoczynku, spokoju.

Jak świadczą następujące cyfry, określające wartość pożywienia w kalorjach, odżywianie chorych w Dziekance można nazwać obfitem. Przed rokiem 1924 porcja dzienna w I. kl. dawała do 5 tysięcy kalorji, w kl. II. 4—4.700, w kl. III. przeciętnie do 4.000 kalorji.

Ponieważ władza nadzorcza monitowała zbyt wygórowane koszty odżywiania pacjentów, które w Dziekance były najwyższe, przeto zredukowano porcje. Obecnie podaje się w kl. I. ca. 4.000 kalorji, w kl. II. i III. 3.000—3.300. Mimo redukcji, ilość pokarmu podawanego chorym w Dziekance jeszcze przewyższa normę zwykłą. Rozumie się, że postulaty djetetyczne są uwzględnione.

Pacjenci dobrze odżywiani chętniej pracują w gospodarstwie zakładowem. A praca jest najskuteczniejszym środkiem do utrzymania chorego na możliwie wysokim poziomie kulturalnym i socjalnym. W psychozach chronicznych zajęcie stanowi suwerenny środek leczniczy i przedstawia łatwy sposób wychowania chorego do życia społecznego, w niektórych psychozach zatrudnienie pacjentów przyczynia się nieraz do złagodzeniab ojawów chorobowych, a niekiedy nawet usuwa objawy psychotyczne i stany podniecenia, nadając wyładowaniom motorycznym chorych kierunek i cel pożyteczny, pozwala zachować kontakt z rzeczywistością, ha-

mując temsamem rozwój autyzmu. Nawet w przypadkach bardzo ciężkich, nie rokujących pomyślnie, np. w schizofrenji, systematyczna praca ułatwia choremu zachowanie pewnych pożytecznych automatyzmów i nawyków oraz sprawności praktycznych. Czynniki te mogą stanowić zawiązek ewentualnej rekonstrukcji osobowości chorego. Zatrudnia się chorych wszelkich kategorji bez wyjątku. Nie idzie tu o ilość i jakość dokonanej pracy. W wielu przypadkach trzeba się nawet z tem pogodzić, że chory nie wykonuje pracy pożytecznej i marnuje materjał, oddany do jego dyspozycji. Atoli na pierwszy plan wysuwa się postulat, aby chory miał zajęcie. Wartość dokonanej przez niego pracy ma narazie znaczenie drugorzędne. To też na terapję zajęciową kładzie się silny nacisk. W r. 1920 zajętych było w Dziekance 36,5$^0/_0$ chorych, w ostatnim roku przeszło 90$^0/_0$.

Rozróżniamy trzy kategorje zajęcia: 1. praca pożyteczna jak roboty domowe, ogrodowe, rolne, biurowe, warsztatowe, 2. zajęcia luksusowe, podejmowane dla przyjemności; do tej kategorji należą: malarstwo, fotografowanie, rzeźbiarstwo, muzyka, lektura, udział w amatorskich przedstawieniach teatralnych, 3. zatrudnienie nieproduktywne jak: skubanie lub darcie szmat odkażonych; zajęcie to przeznaczone jest dla chorych niedołężnych, otępiałych, pomieszanych, niezdolnych do innej pracy. Dla tych pacjentów, których trudniej jest zająć, przeznaczone są gry towarzyskie, tennis, footbal, tańce. Zatrudnienie chorych zasługuje na uwagę nietylko z przesłanek psychjatrycznych, lecz także ze względów hygjenicznych i ekonomicznych. Zajęcie odwraca uwagę chorego od bodźców, podniecających wzruszeniowośc i odsuwa sposobność do zatargów z towarzyszami, ułatwia zignorowanie własnych dolegliwości w postaci urojeń, smutku, troski i łagodzi nastrój.

Zatrudnienie uspokaja egzaltowanego chorego, nadając kierunek jego zapędom, modyfikując i łagodząc dążności niszczycielskie i zaczepne, odwodzi od narowów szkodliwych jak smarowanie kałem, moczem, darcie ubrania i bielizny, odwraca od masturbacji. Praca na świeżem powietrzu, w ogrodzie, w parku, na dziedzińcu na roli — wychowuje chorego, wprowadzając go w środowisko przyjemniejsze, dając mu sposobność do robienia spostrzeżeń w różnych dziedzinach zmysłowych i umożliwia, o ile mózg nie jest naruszony, odnowienie zapomnianych wiadomości i sprawności umysłowych, pozwala na tworzenie nowych asocjacji, na zbieranie doświadczeń, nabywanie zdolności pożytecznych w praktyce zawodo-

wej, pobudza do prawidłowego myślenia, do odczuwania przyrody i zapobiega zanikowi władz psychicznych, które w nieczynności powoli ale stale zmniejszałyby się do minimum.

Praca fizyczna zastępuje środek nasenny, bo sprowadza fizjologiczne zmęczenie i sen.

Ubogi uzdrowieniec w chwili opuszczenia Zakładu otrzymuje za pożyteczną dla Zakładu pracę pewne wynagrodzenie pieniężne, które mu ułatwi powrót do domu i uchroni w pierwszych dniach przed troską o utrzymanie, co wpływa dodatnio na nastrój.

Z punktu widzenia hygjeny wypada nadmienić, że praca fizyczna na świeżem powietrzu podnosi czynności serca i płuc, reguluje trawienie i ciepłotę cielesną, hartuje chorych, zaziębienie pojawia się rzadziej. Zatrudnienie chorych na dworze wyludnia pawilony, a nieliczni pozostali mają więcej powietrza na własny użytek, przebywają w korzystniejszych warunkach hygjenicznych.

Ze stanowiska ekonomicznego zajęcie chorych przynosi dla Zakładu materjalne korzyści pośrednie i bezpośrednie (cf. Al. Piotrowski: Samowystarczalność publicznych szpitali psychjatrycznych, Nowiny Psychjatryczne, 1927, IV). Niejeden chory podniecony z zapędami niszczycielskimi zabawiałby się wybijaniem szyb, łamaniem mebli, rozdzieraniem bielizny, pościeli i powodowałby znaczne straty, gdyby odpowiednie zajęcie nie zmodyfikowało jego zapędów i nie zużyło ich dla celów pożytecznych. Od kiedy w Dziekance zaprowadzono systematyczne leczenie zajęciowe, t. j. od r. 1919, liczba przedmiotów i sprzętów, uszkodzonych przez pacjentów podnieconych zmniejszyła się (cf. tabl. III).

Praca fizyczna, sprowadzając sen, zastępuje środki nasenne i zmniejsza wydatki aptekarskie. Wskutek pracy pacjent przekształca się w wartościowego pomocnika, pozwalającego siły swe zużytkować dla potrzeb Zakładu, co umożliwia redukcję personału i zmniejsza wydatki na służbę. Nie każde zajęcie, nie każda praca odpowiada skłonnościom i dążeniom chorego, to też pracę przystosowuje się do sił fizycznych i zdolności psychicznych pacjenta. Chorych używa się nawet do pomocy w pielęgnowaniu niedołężnych towarzyszy, wybierając odpowiednie osoby do odpowiednich chorych. Nie każdy pacjent nadaje się do pielęgnowania chorych albo na pomocnika pielęgniarza, tak samo jak nie każdy rodzaj rękoczynów pielęgniarskich może być wykonywanny przez pacjentów. Jeżeli pacjent jest pobudliwy, bojaźliwy, nie należy zatrudniać go przy zabiegach chirurgicznych, bo pod wrażeniem widoku krwi

albo przejawów bólu ze strony opatrywanego może zasłabnąć, zemdleć, a histeryk może nawet dostać napadu szału z gwałtownemi wyładowaniami skierowanemi przeciwko lekarzowi lub pielęgniarzowi. Terapja zajęciowa w obecnej postaci została wprowadzona w Dziekance przez Al. Piotrowskiego w roku 1919 i rozwijała się konsekwentnie i samodzielnie, przyjmując swoistą formę. Niesłuszne zatem jest twierdzenie Dr. Beckera w Warszawskiem Czasopiśmie Lekarskiem z listopada 1928, że w Dziekance stosuje się terapję zajęciową według metody Simona. O metodzie Simona prasa lekarska referowała dopiero w 1924 roku, gdy tymczasem w tym samym roku na IV. Zjeździe Psychjatrów Polskich w Lublińcu referował Al. Piotrowski o swoich doświadczeniach z terapją zajęciową w Dziekance i osiągniętych wyraźnych rezultatach, które wyrażały się wysoką liczbą zatrudnionych pacjentów, która już wtedy wynosiła 95.4% ogółu chorych. Dodać należy, że zatrudnienie chorych w pojęciu Piotrowskiego obejmuje nietylko systematyczną pracę pożyteczną lecz oznacza zajęcie wszelkiego rodzaju. Do osiągnięcia dodatnich wyników w wychowaniu chorych przez systematyczne zatrudnienie dopomaga racjonalna psychoterapja, która reguluje wpływ odnośnego środowiska na ustrój chorego. Im więcej ono przypomina pomyślne warunki bytu z okresu przedchorobowego, ewtl. im więcej poziomem socjalnym i etycznym przewyższa dawniejsze stosunki domowe, temwięcej chory wykazuje uspołecznienia i odwrotnie. Psychoterapją kieruje zasada, że chory powinien odczuwać, że kuracja jego w zakładzie jest dla niego dobrodziejstwem; chorego łatwo możemy pogodzić z losem, jeżeli mu jego położenie złagodzimy, jeżeli mu damy swobodę ruchów, rozumie się w granicach możliwości, jeżeli z chorymi będziemy postępować otwarcie i szczerze. Niekiedy posługujemy się rodziną chorego jako czynnikiem leczniczym; jeżeli rodzina sobie tego życzy i jeżeli żadne względy natury lekarskiej nie stoją na przeszkodzie, zezwala się krewnym nawet na pobyt w pawilonie razem z chorym. To może być pożyteczne, zwlaszcza w okresie rekonwalescencji, gdy chory, potrzebujący jeszcze opieki zakładowej, winien nawiązywać już kontakt z życiem zewnętrznem.

Nie należy zapominać o wpływie sugestji zbiorowej działającej na chorego (cf. Al. Piotrowski: Jak winien wyglądać nowoczesny szpital psychjatryczny, Nowiny Psychjatryczne, 1929, III-IV). Sugestja ta przejawia się przedewszystkiem w tem, że chorzy przyjmują złe zwyczaje, obyczaje, nawyki, które wpływają ujemnie na

objawy psychotyczne. Początek bierze ona od chorych niezadowolonych, paranoików, alkoholików, manjaków, od chorych cierpiących na urojenia prześladowcze i innych, którzy stanowią poważną część kontygentu pacjentów. Ci niezadowoleni chorzy przedstawiają element, wywołujący infekcje psychiczne, podważają oni zaufanie chorych do lekarza, podniecają i pobudzają innych do pieniactwa, narzucają się swojemi radami, wmawiają towarzyszom, że są upośledzeni w swoich prawach. Przed tą infekcją psychiczną najlepiej uchronić chorych, przenosząc pieniaczy na oddziały z chorymi otępiałymi, niedołężnymi, jak już wyżej zaznaczono, wzgl. działając za pomocą kontr-sugestji, t. zn. przez poufne pogadanki podczas częstych i dłuższych wizyt lekarskich. Jako przykład wpływu psychoterapji na chorego niechaj posłuży terapja psychoz manjakalno-depresyjnych (cf. Al. Piotrowski: Leczenie i zapobieganie psychoz manjakalno — depresyjnych, Nowiny Psychjatryczne, 1927, IV). Specjalnych środków leczniczych terapja psychoz m.-d. nie posiada mimo licznych prób ustalenia właściwej metody leczniczej. Zalecane są najrozmaitsze sposoby zwalczania choroby, nie wyłączając psycho-analizy i hypnozy. Leków mamy obfity wybór. Środki te okazały się mniej lub więcej problematyczne. Dobre wyniki osiągnięto w Dziekance, działając tylko okolicznościowo przez czystość ciała, bielizny, otoczenia, dużo świeżego powietrza i światła, przez obfity i smaczny pokarm, kontrolę funkcji fizjologicznych. Momenty te służą do wywołania uczucia błogości u chorego i wpływają przez to uspokajająco. Zarzucono wobec niespokojnych manjaków metody uspokajające, wymienione poprzednio przy omawianiu stosowania środków tradycyjnych dla niespokojnych chorych w ogóle. Większość chorych uspokaja się prędzej, jeżeli się im da swobodę ruchu i skieruje ich uwagę w inną stronę. Łatwo pobudliwych, drażliwych, agresywnych chorych omija się, daje się im zajęcie odpowiadające ich upodobaniu. Głośnych, krzykliwych, śpiewających manjaków zachęca się do śpiewania chórowego, łatwych, popularnych, wesołych piosenek, albo do tańców zbiorowych. Silnie podnieconych, wyprowadza się na dłuższe przechadzki, gdzie mają sposobność do wyładowania nadmiaru energji bez szkody dla otoczenia, a po powrocie podaje się im obfity, smaczny pokarm. Chorzy uspokajają się wtedy dość szybko i nastrój ich bywa pogodniejszy i łagodniejszy. Siły cielesne przy tem nie słabną więcej niż w kąpieli prolongowanej, w zawijaniu kocowem i t. p. Pacjentów, zdolnych do pracy, zatrudnia się

odpowiednio. Jeżeli w taki sposób nie można uspokoić chorych hałaśliwych, stosuje się wtedy metody dla uspokojenia chorych niespokojnych wogóle, a więc rozmieszcza się na oddziałach, gdzie przebywają pacjenci otępiali, słabowici, obojętni. Tu krzykliwy, pieniaczący manjak widząc, że nie robi na otoczeniu żadnego wrażenia, uspokaja się wnet, a niekiedy staje się nawet pożytecznym pomocnikiem na oddziale. Terapja chemiczna jest w takich przypadkach do pewnego stopnia zbędna. Zalecany gardenal okazał się przeważnie bezskutecznym środkiem. Organoterapja, mianowicie owarjoterapja, stosowana u kobiet, które zachorowały w wieku inwolucyjnym, wyników decydujących nie dała. Natomiast warto posługiwać się w lecznictwie psychoz m.-d. fizykoterapją we wszystkich jej postaciach, t. j. hydro — balneo — elektro — mechano — terapją jako środkiem leczniczym o wysokim walorze, który działając na organizm dodatnio, wywiera błogi wpływ na nastrój chorego i tą drogą pośrednią poprawia jego stan psychiczny. A już ten moment, że chory widzi jak się nim opiekują, interesują, wpływa sugestywnie dodatnio na niego. Rozumie się, że należy indywidualizować i stosować terapje łagodnie; pacjentów, skłonnych do halucynacji, zwłaszcza w postaci omamów dotykowych, nie należy elektryzować. Niektórzy chorzy uspokajają się już, gdy spostrzegą, że ich się leczy w postaci tak widocznej jak leczenie fizykalne. Melancholików ze skłonnością do samobójstwa ochraniamy w Dziekance w ten sposób, że oddaje się ich pod opiekę specjalnie wyszkolonych i doświadczonych pielęgniarzy, którzy w każdym przypadku zobowiązują się pisemnie do troskliwego i bacznego czuwania nad chorym pod odpowiedzialnością sądową. Przeciwko uporczywym i dręczącym silnym stanom lękowym najlepszym jest stary znany sposób zastrzykiwania ekstr. opii, do kilka razy na dobę. Jeżeli zabiegi te nie skutkują w pierwszych dniach, nie kontynuujemy ich dłużej.

Na osobną wzmiankę zasługuje leczenie bezsenności w Dziekance. Szczegółowa rejestracja chorych z zaburzeniami snu wykazuje, że mężczyźni potrzebują naogół rzadziej środków hypnotycznych niż kobiety. Fakt ten przypisuje się okoliczności, że mężczyźni przebywają więcej na świeżem powietrzu i są ruchliwsi przy pracy, to też do snu kładą się zmęczeni i śpią lepiej. Kobiety zaś. szczególnie w porze zimowej, siedzą w domu, trudniąc się robótkami ręcznemi, naprawianiem bielizny, klockowaniem. W Dziekance naogół nie zapisuje się środków hypnotycznych, albowiem długoletnie

systematycznie przeprowadzane badania nad bezsennością wykazały, że chodzi tu zwykle o bezsenność parcjalną, okresową. Chorzy albo sypiają mało przez pewien krótki okres, powracający od czasu do czasu, albo nie sypiają wcale. Gdy okres bezsenności minie, zjawia się znowu sen prawdziwy bez względu na to, czy się stosuje środki nasenne czy nie. Al. Piotrowski wychodzi z założenia, że dorosła zdrowa osoba, pracująca ciężko cieleśnie, potrzebuje na dobę przeciętnie 7 godzin snu, że chory z ostrą psychozą, śpiący 4 godziny na dobę, nie potrzebuje nasennika (cf. Al. Piotrowski: Lecznictwo psychjatryczne w Dziekance, Nowiny Psychjatryczne 1925, I). Krótkotrwały sen naturalny jest zdrowszy, niż sen, wywołany nasennikiem. Rejestruje się chorych, którzy sypiają mniej niż 4 godziny na dobę i obserwuje się dokładnie dalszy przebieg tej bezsenności, przyczem okazuje się, że chorzy niektórzy mają krótkie okresy bezsenności i tym chorym nie podaje się nasenników. Dopiero po 3 nocach bezsennych, wzgl. po 3-ch dniach podczas których chory sypiał mniej niż 4 godziny na dobę, podaje się nasennik w wysokiej dawce, zwykle nirwanol 0,9—1,2—1,5 (cf. Al. Piotrowski: „Ueber Hydantoine als Hypnotica", Münch. Med. Wochenschrift 1916/43), poczem następuje zaraz albo dzień później okres krótszy lub dłuższy dostatecznego snu. Jeżeli sen nie następuje, dowodzi to, że pacjent przebywa okres bezsenności, w którym nasenniki nie skutkują. Zwykle po paru dniach sen wraca spontanicznie bez udziału środków hypnotycznych.

Mimo wyżej przytoczonych zmian radykalnych w lecznictwie psychjatrycznem w Dziekance, zapanowały w Zakładzie stosunki, które udowodniły, że system leczniczy, stosowany w ostatnich 10-ciu latach w Dziekance nie pogorszył ogólnego stanu pacjentów, lecz poprawił stosunki wewnętrzne Zakładu. Stan zdrowotny pacjentów poprawił się. Odsetka wypisanych w stanie wyzdrowienia i polepszenia wzrosła, odsetka niewyleczonych i zmarłych zmniejszyła się. W załączonych tablicach zestawione są niektóre zapiski statystyczne, zrobione w celu porównania stanu rzeczy w poszczególnych latach dla wykazania skutków lecznictwa psychjatrycznego w Dziekance dawniej a obecnie stosowanego.

TABLICA I.

Ilość pacjentów zatrudnionych w poszczególnych latach, określona w odsetkach.

Rok	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
proc.	37,7	36,5	57,5	76,5	85,5	95,4	94,4	92,7	90,3	93,0

TABLICA II.

Podział pracy w miesiącu kwietniu 1929.

Ogólna ilość chorych	Mężczyźni: w domu	w ogrodzie	na folwarku	w kuchni	w biurze	w warszt.	na usługach	malarze	w opiecerodz.	przy pompie	osobni	przy wózku	w tkalni	razem	Dnia	Kobiety: w domu	w ogrodzie	na folwarku	w kuchni	przy jarzyn.	w pralni	przy szyciu	przy klock.	w op. rodz.	na usługach	osobni	rob. pończ.	rob. pantofli	razem	proc.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1023	święto														1	święto														
1021	106	70	40	5	10	49	10	1	22	6	70	85	15	489	2	98	11	6	8	32	23	99	32	18	9	91	18	14	459	92.85
1023	106	70	40	5	10	49	10	1	22	6	70	85	15	489	3	89	14	20	4	30	20	97	32	17	10	98	16	10	457	92,47
1024	106	70	40	5	10	49	10	1	21	6	70	86	15	489	4	89	14	20	4	30	20	97	32	17	10	98	16	10	457	92,38
1024	106	70	40	5	10	49	10	1	24	6	70	83	15	489	5	89	14	20	4	30	20	97	32	17	10	98	16	10	457	92,38
1028	106	70	40	5	10	49	10	1	24	6	70	81	15	487	6	89	14	20	4	28	20	97	32	19	10	98	16	10	457	91,83
1026	święto														7	święto														
1027	105	70	40	5	10	49	10	1	24	13	70	75	15	487	8	89	14	20	4	28	20	97	32	19	10	98	16	10	457	91.92
1026	105	70	40	5	10	49	10	1	24	13	70	76	15	488	9	89	14	20	4	27	20	97	32	22	10	96	16	10	457	92,11
1028	105	70	40	5	10	49	10	1	24	13	70	76	15	488	10	89	14	20	4	27	20	97	32	22	10	96	16	10	457	91,93
1027	105	70	40	5	10	49	11	1	24	13	70	76	15	489	11	89	14	20	4	27	20	97	32	22	10	96	16	10	457	92,11
1025	105	70	40	5	10	49	10	1	23	13	71	76	15	488	12	89	14	20	4	27	20	97	32	22	10	96	16	10	457	92,20

TABLICA III.

Zapiski statystyczne.

W ciągu roku	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	Uwagi
było leczonych:	579	754	871	823	835	802	1079	1283	1448	1388	
obłożnie chorych ze względów psychjatrycznych	nie notowano		93 dzien.	290 w c. roku	22	18	9	4	21	3	
zanieczyszczeń	2489	2320	846	94	25	21	16	25	25	18	
odleżyn	7	3	2	— (2)	1 (2)	— (1)	1	— (1)	1 (1)	1 (2)	liczby w nawiasach wykazują chorych przybyłych z odleżynami
nasenników wydanych chorym	152	124	53	14	13	24	54	23	89	79	
Kąpieli prolong. ze względów psychj. stosowanych chorym	6 (28)	4 (34)	3 (26)	3 (18)	2 (12)	4 (10)	8 (36)	19 (128)	29 (184)	23 (171)	liczby oznaczają ilość kąpanych, liczby w nawias. ilość kąpieli
zawijań w koce	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	nie stosowano
zastrzyków skopolaminy	11	10	—	2	—	1 (1)	—	—	—	— (2)	(2) zastosował nowy lekarz bez wiedzy dyrekcji
oddaleń z oddziałów zamkniętych	5	7	5	5	7	4	7	9	7	6	nie uwzględniono pacj. mających swobodę, którzy się oddalili i wrócili.
przedmiotów uszkodzonych przez pacjentów	74	48	40	37	32	19	28	32	65	57	
bójek między chorymi	nie notowano			1	2	2	5	8	12	13	

Tablica IV. Wypisani.

Wypis. w r.	1919		1925		1928	
chorych	169		198		353	
sine morbo	2=1.18%		2=1.01%		4=1.13%	
w stanie wyleczenia	21=12.42%	26.62	43=21.72%	53.54	98=27.76%	54.96
w stanie polepszenia	24=14.20%		63=31.82%		96=27.20%	
niewyleczonych	51=30.20%	72.20	43=21.72%	45.45	76=21.53%	43.91
zmarłych	71=42.00%		47=23.73%		79=22.38%	

Ze załączonych tablic wynika, że mimo stosowania odmiennych metod leczenia i mimo znacznego w ostatnich latach wzrostu ilości chorych, leczonych w ciągu roku w Dziekance, niepożądane zjawiska w rodzaju zanieczyszczeń, odleżyn, samowolnego oddalania się chorych z oddziałów zamkniętych, uszkodzenia przedmiotów, nie pomnożyły się, lecz raczej występowały rzadziej, że wymienię tylko następujące: W ciągu roku 1919 na 579 leczonych zapisano 2489 przypadków zanieczyszczenia się chorych, natomiast w ciągu roku ostatniego na 1388 leczonych było tylko 18 przypadków zanieczyszczenia. W r. 1919 notowano 7 chorych z odleżynami, powstałemi w Zakładzie, w r. 1928 tylko u jednego chorego odleżyny powstały w Zakładzie, dwaj inny przybyli z odleżynami.

W r. 1919 (leczono 579 chorych) uszkodzeniu przez podnieconych chorych uległy 74 sprzęty, w r. 1928 (leczono 1388 chorych) tylko 57 przedmiotów zostało uszkodzonych.

Niekorzystnie przedstawia się jedynie pozycja, obejmująca statystykę bójek między chorymi. Bójek było w ostatnich latach stosunkowo więcej niż poprzednio. Zjawisko to znajduje wytłómaczenie w okoliczności, że chorzy pobudliwi, kłótliwi, zaczepni, skłonni do wyładowań gwałtownych nie byli krępowani, izolowani i zamykani w celach, lecz przebywali na swobodzie w towarzystwie, razem z innymi chorymi; między elementami tego rodzaju nie trudno o kłótnie.

Korzystniejszy obraz przedstawia znów statystyka z tablicy IV, wykazująca, że stan zdrowotny pacjentów nie pogorszył się, lecz polepszył.

Między wypisanymi z r. 1919 było wyleczonych i polepszonych tylko 26,62%, w 1925 roku 53,54%, w r. 1928 zaś 54,96%.

Niewyleczonych i zmarłych było w 1919 roku 72,2%, w 1925 roku 45,45%, a w r. 1928 tylko 43,91%. Poprawiła się także statystyka śmiertelności. Między wypisanymi z. r. 1919 było zmarłych 42%, w 1925 roku 23,73%; w r. 1928 natomiast tylko 22,38%. W stosunku do ilości leczonych śmiertelność obniżyła się z 12 proc. (1919) do 5.18 proc. (1928 r).

Odsetka pacjentów wypisanych w stanie wyleczenia i poprawy była zatem w roku 1919 niższa niż odsetka niewyleczonych i zmarłych i wynosiła mniej niż 50%, natomiast w r. 1928 była wyższa niż odsetka niewyleczonych i zmarłych i wynosiła więcej niż 50% wszystkich wypisanych.

Powyższe cyfry świadczą wyraźnie o racjonalności i wartości metod lecznictwa psychjatrycznego stosowanego w ostatnich 10 latach w Dziekance. Metody te są zastosowalne w każdym zakładzie psychjatrycznym bez względu na ilość chorych w nim przebywających i leczonych, jak również bez względu na pochodzenie chorych.

Twierdzenie, jakoby system leczniczy, stosowany w Dziekance, był możliwy tylko dla tego, że Zakład miał mniejszą frekwencję i że skład chorych przedstawiał jednolitą warstwę, że ludność wielkopolska jest spokojna i stoi na wysokim poziomie kulturalnym i chorzy łatwo poddają się praktyce szpitalnej, nie we wszystkich szczegółach jest zgodne z faktami.

Statystyki powyższe bowiem wykazują, że ruch się znacznie wzmógł, a jednak wzrost ilości chorych nie wpłynął ujemnie na skuteczne oddziaływanie systemu terapeutycznego. Że system ten także nie wymagał specjalnego doboru chorych, jak niektórzy mylnie przypuszczają, dowodzi choćby ta okoliczność, że w Dziekance leczyli się i leczą chorzy ze wszystkich ziem Polski z jej najdalszych krańców (z Poznańskiego 673 chorych, z innych województw 354), ludzie różnego pochodzenia socjalnego i charakteru, różnej rasy, odmiennego wyznania i wychowania, o różnej i odmiennej strukturze psychicznej i kulturalnej, o różnym stopniu cywilizacji; między nimi są niebezpieczni przestępcy, złośliwi, agresywni, kryminalni psychopaci i pieniacze różnorakiego typu i temperamentu.

Słyszało się opinję, że system leczniczy, obowiązujący od lat 10 w Dziekance, wymaga ilościowego zwiększenia służby pielęgniarskiej. Tymczasem przeciwnie, rzecz się ma inaczej. System ten pozwolił zredukować ilość pielęgniarzy i pielęgniarek. W r.

1919 stosunek ilościowy personału pielęgniarskiego do chorych przedstawiał się jak 1:8, w r. 1928 natomiast jak 1:10. Wprawdzie ruch chorych w Dziekance nie był tak liczny jak w zakładach wschodnich. Za to też ilość lekarzy była znacznie mniejsza, ich obowiązki z tego powodu trudniejsze i służba uciążliwsza. Jeżeli bowiem w zakładzie z dużym ruchem przyjęć lekarz miał w tygodniu jeden dzień dyżurny i w tym dniu przyjął dwóch chorych, to mimo to w tygodniu miał pracy mniej niż lekarz w Dziekance, na którego w tygodniu przypadały nieraz 3 - 4 dyżury z każdorazowem jednem przyjęciem. W pierwszym przypadku lekarz miał w tygodniu dwóch nowych pacjentów, w drugim przypadku natomiast miał ich 3—4.

Były okresy, mianowicie latową porą, kiedy starsi lekarze wyjechali na urlop, a młodsi ze względów zarobkowych przyjęli zastępstwo praktyki prywatnej, nie chcąc pozostać na stanowisku źle płatnego urzędnika, że na 1000 chorych przypadło tylko dwóch lekarzy. I w takich niepomyślnych warunkach system leczniczy stosowany w Dziekance został podtrzymany w całej pełni i wykazał swoistą wartość praktyczną.

Wobec powyższych danych i rozważań nasuwa się wniosek, że lecznictwo psychjatryczne, stosowane od 10 lat w Dziekance, stanowi krok naprzód na drodze rozwoju psychjatrji praktycznej i zasługuje na uwagę i zainteresowanie fachowców.

Za powierzony temat i cenne wskazówki przy wypracowaniu tegoż niech wolno mi będzie podziękować p. Dyr. Al. Piotrowskiemu.

* * *

Hôpital Psychiatrique public de Dziekanka — Dir. Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI

Le traitement des malades à Dziekanka au cours des dix années dernières.

Par Le Dr. Fr. Wilczyński.

Rapport préparé pour le XIIIème Congrès des Médecins et des Naturalistes Polonais à Wilno, le 26—29 Septembre 1929.

Le traitement psychiatrique est sous le joug d'une série de formes traditionnelles, qui se trouvent superflues.

Les murs, les grillages, les cellules isolées, les camisoles de force, les masques, les gants, les lits grillés, l'alitement forcé, les bains prolongés, l'enveloppement en couvertures, les injections

de scopolamine et de morphine et la distribution en masse de somnifères sont nuisibles et sans valeur. C'est pourquoi Al. Piotrowski s'est abstenu de ces méthodes de traitement, a aboli les murs en grande partie, les grillages, les cellules isolées et tout facteur de contrainte et les a remplacés par une alimentation abondante et nourrissante, par une préparation systématique des malades à la vie sociale et familiale en les accoutumant par une psychothérapie raisonnée au travail, à l'observance des lois de l'hygiène. Il les a tenus autant que possible à un niveau élevé de civilisation et a considérablement développé le travail comme agent thérapeutique (environ 90% des malades sont occupés à toutes sortes de travaux).

Malgré ces réformes, le traitement psychiatrique à Dziekanka a eu des résultats qui prouvent que le système adopté au courant de ces dix années n'a nullement empiré l'état général mais l'a plutôt amélioré.

Le nombre d'accidents fâcheux comme suicides, fuites, endommagement des objets par les malades agités n'a pas crû mais a diminué.

L'état sanitaire s'est amélioré. Le pourcent des malades sortis de l'établissement en état de guérison ou de l'amélioration avant ces dix années dernières était plus bas que le pourcent des malades non guéris ou morts et comportait moins que 50%, tandis que pendant l'année dernière ce pourcent était plus haut que celui des non guéris et des morts et s'élevait à plus de 50% de tous les malades sortis de l'hôpital. C'est à dire que le pourcent des malades guéris et améliorés a augmenté tandis que le pourcent des non guéris et des morts a diminué.

L'auteur joint des tables statistiques et en vient à la conclusion que la thérapeutique psychiatrique pratiquée pendant ces dix années à Dziekanka comporte un progrès dans la voie du développement de la psychiatrie pratique.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka
Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Bezsenność u osób psychicznie chorych i jej zwalczanie w Dziekance.

Skreślił
Dr. HENRYK ZAJĄCZKOWSKI.

Referat zgłoszony na XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich
we Wilnie w dniu 26—29 września 1929 r.

Patologja snu-mianowicie kwestja bezsenności jest od lat 10-ciu przedmiotem żywych zainteresowań i badań w Dziekance

i od tegoż czasu są prowadzone dokładne statystyki wypadków bezsenności, spotykanych w całym materjale zakładowym, tj. u około tysiąca chorych dziennie. Od lat 10-ciu traktowanie bezsenności w Dziekance jest konsekwentnie jednakowe i jednolite.

Jako minimum koniecznego snu przyjęto cztery godziny na dobę, interwencja zaś lekarska wchodzi w grę dopiero po upływie trzech dni, podczas których pacjent stale niedosypiał poniżej przytoczonej granicy snu koniecznego. Te cztery godziny snu koniecznego zostały wypośrodkowane po długoletniej obserwacji i doświadczeniach, po których przekonano się, że pacjent cierpiący na ostrą psychozę i nie pracujący fizycznie, sypiający cztery godziny na dobę - nie traci na wadze i że cztery godziny snu występującego spontanicznie są wystarczającem minimum koniecznego wypoczynku do restytucji jego sił życiowych.

W roku 1924 pisał już Al. Piotrowski w Przyczynku do lecznictwa psychjatrycznego (Nowiny Psychjatryczne No. 7, 1924 r): „Wychodzimy bowiem z założenia, że dorosła zdrowa osoba, pracująca ciężko cieleśnie. potrzebuje na dobę przeciętnie 7 godzin snu. Wobec tego chory z ostrą pyschozą śpiący bez nasennika 4 godziny nie potrzebuje brać na sen, albowiem krótki sen naturalny jest więcej wart, niż kilkunastogodzinny sen sztuczny."

To długoletnie jednolicie i konsekwentnie prowadzone traktowanie bezsenności, dało możność zrobienia szeregu cennych spostrzeżeń, które postaram się poniżej wyłuszczyć.

Należy nadmienić, że jakkolwiek kwestja istoty snu i jego znaczenia jest przdmiotem bardzo żywych badań i zainteresowań całego szeregu najpoważniejszych neurologów i psychjatrów w okresie ostatniego dziesięciolecia i wielki międzynarodowy kongres w 1927 r. w Paryżu i kongres neurologów i psychjatrów niemieckich w Baden - Baden zostały jej specjalnie poświęcone, a była ona również głównym tematem na kongresie internistów w Wiesbadenie w 1914 r., to jednakże sprawa bezsenności jest, jak dotąd, jakby nieco po macoszemu traktowana, co specjalnie uwypukliło się na kongresie paryskim.

Pomimo obszernego materjału z dziedziny badań nad snem, z jakiego korzystałem, nie natrafiłem w odnośnej literaturze na systematyczne i na liczniejszym materjale oparte, długoletnie badania nad bezsennością, to też materjał doświadczalny, którym rozporządzam w Dziekance będąc tak rozległym już, a priori, pozwala wnioskować, że da nam możność zrobienia nowych, cennych spo-

strzeżeń nad bezsennością. Przypadki bezsenności, notowane przez naszą statystykę, zachodziły u pacjentów cierpiących na najróżniejsze zaburzenia psycho - nerwowe; nieledwie, że każda z chorób psychicznych, czy nerwowych ma w naszej statystyce swoich przedstawicieli. I tak obserwowaliśmy bezsenność w nerwicach, w zaburzeniach pourazowych, w psychozie manjakalno - depresyjnej, w epilepsji, schizofrenji, w schorzeniach kiłowych, w zachorzeniach poencefalitycznych, w organicznych psychozach wieku podeszłego, jako też w psychozach infekcyjnych i intoksykacyjnych, w psychopatji i u oligofreników. Należy podkreślić nadzwyczajną rezerwę i konserwatywność traktowania bezsenności w Dziekance, która wyraża się w przyjęciu niskiej granicy snu koniecznego, tj. 4 godziny na dobę, kiedy ogólnie przyjmowano 5 godzin, oraz w bardzo późnej interwencji terapeutycznej, bo dopiero po trzech następujących bezpośrednio po sobie dobach bezsenności. Ten zachowawczy stosunek do bezsenności pozwala obserwować ją jakby w swej możliwie czystej formie jaknajmniej skażonej ciągłą interwencją lekarską utrudniającą orjentowanie się w istocie i przebiegu bezsenności u intensywnie pod tym względem leczonych chorych.

Najważniejszym objawem, który się rzuca w oczy przy studjowaniu tablic statystycznych bezsenności prowadzonych w Dziekance, a który był już kilkakrotnie podkreślany przez Al. Piotrowskiego, - jest okresowość zaburzeń snu - a mianowicie okresy bezsenności występują po pewnym, zwykle jednakowym interwale; jeżeli chcielibyśmy zrobić wykres przebiegu takich typowych zaburzeń snu, to byłby on krzywą falistą o zbliżonych do siebie długościach fali. Pacjent taki, zwykle co parę tygodni, ma parę dni bezsennych, a następnie zwykle spontanicznie wraca sen, który po paru tygodniach znowu się wyczerpuje.

Ten nadzwyczaj ciekawy objaw okresowości bezsenności występuje nader drastycznie w znacznej większości obserwowanych przez okres 10-cio letni, naszych przypadków u pacjentów należących do najróżniejszych wyżej wymienionych grup chorób mózgowych.

Fakt powszechności występowania tego objawu podkreśla ogromnie znaczenie i ważność spostrzeganych zaburzeń. Musimy nadmienić, że wysokość i długość fali wykresów bezsenności u poszczególnych chorych jest różna, tak co do długości jak i wysokości fali. W 1928 r. wciągnięto do statystyki cierpiących na bezsenność - 119 mężczyzn i 147 kobiet. Należeli oni do następujących

grup chorobowych: 34 przypadki schorzeń na tle luetycznem, 58 przypadków psychozy manjakalno - depresyjnej, 52 przypadki schizofrenji, 29 epilepsji, 41 oligofrenji ze stanami podniecenia, 3 przypadki paranoi, 6 parafrenji, 10 psychoz poencefalitycznych, 4 psychozy starcze, 5 psychoz arterjo - sklerotycznych, 6 przypadków psychopatji, 6 pomieszania i 3 przypadki delirium tremens.

Jak widzimy, mają w tej statystyce znaczną przewagę kobiety (147 na 119), szczególniej jeżeli weźmiemy pod uwagę fakt, że pacjentów jest w zakładzie więcej, aniżeli pacjentek - i tak w 1928 r. przeciętnie wypadało na 1000 chorych - 460 pacjentek i 540 pacjentów. Fakt ten tłómaczy się różnicą zajęć pacjentów i pacjentek; pacjenci bowiem przeważnie zajęci są pracą fizyczną na świeżem powietrzu, dużo chodzą i dużo się ruszają - a pacjentki prowadząc tryb życia mniej ruchliwy, mniej wyładowują się fizycznie z racji rodzaju ich zajęć (szwalnia, koronkarstwo, pracownia pantofli, haftowanie itd).

Jak widzimy, tak różnorodne schorzenia mózgowe, na które cierpią wyżej wymienieni pacjenci, dają podobny przebieg zaburzeń bezsenności. We wszystkich tych przypadkach bezsenność przebiegała okresowo i po dłużej lub krócej trwającym okresie bezsenności następował znowu okres dostatecznego snu. Dla ilustracji powyżej opisanego przebiegu bezsenności podajemy tablicę bezsenności za dwa bezpośrednio po sobie następujące miesiące, prowadzoną w Dziekance, z której cytujemy 10 pacjentów i 14 pacjentek cierpiących na choroby, należące do różnych grup schorzeń psychonerwowych.

Dla dokładniejszego objaśnienia tablic statystycznych muszę nadmienić, że ilość godzin snu jest liczona na dobę i sumowany jest czas snu z nocy i dnia. Do wykazu pacjentów, cierpiących na bezsenność, są wciągani jedynie ci pacjenci, którzy podczas całej doby spali mniej aniżeli 4 godziny i ilość tych godzin niedostatecznego snu jest notowana. O ile pacjent spał w ciągu nocy i dnia więcej niż 4 godziny — w rubryce jest to zaznaczone jedynie kreskami lub wyjątkowo jest podana liczba wyższa niż 4 godziny.

Podkreślenie zaś oznacza, że podano w tym czasie choremu nasennik.

Dla dokładniejszego zobrazowania omówimy bliżej każdy z cytowanych przypadków.

Pacjent Sr. cierpi na porażenie postępujące, znajduje się stale w stanie hypomanjakalnym i poza innemi dolegliwościami

ma dłuższe okresy bezsenności. Jak widzimy w tablicy, pacjent ten co pewien okres sypia poniżej czterech godzin na dobę. Przez wyżej cytowane dwa miesiące u pacjenta Sr. raz tylko interwenjowano, t. j. 3-go pierwszego miesiąca, podając mu nasennik, po którym spał 6 godzin, a następnie przez 3 doby spał dostatecznie. W okresie bezsenności od 11-go do 15-go włącznie pierwszego miesiąca, żadnych środków nasennych choremu nie dawano, ponieważ zaburzenia te nie przechodziły zakresu, oznaczonego w Dziekance, i jak widzimy, po kilku dniach bez żadnego nasennika wraca u pacjenta dostateczny sen. W drugim przypadku pacjent M. cierpi na psychozę padaczkową, gdzie ostre zaburzenia psychiczne są ekwiwalentem napadów kurczowych. Zaburzenia te połączone są z bezsennością, która też występuje tu okresowo. Pouczającym tu zwłaszcza jest okres bezsenności, trwający od 27-go pierwszego miesiąca do 4 włącznie następnego miesiąca, gdzie nie odniosło żadnego skutku dwukrotne podanie silnej dawki nasennika, a następnie po wyczerpaniu się okresu bezsenności — sen wraca samoistnie bez żadnego współdziałania terapeutycznego.

Przypadek ten wymownie dowodzi, jak małe znaczenie lecznicze mają nasenniki, jak działanie ich jest li tylko pozorne, nie zmieniające samego przebiegu bezsenności.

W przypadku trzecim, pacjent cierpiący na schizofrenję, również ma okres dłużej trwającej bezsenności.

W przypadku tym obserwujemy w dniu 16-go i 17-go drugiego miesiąca objaw spóźnionej reakcji na nasennik, po którego podaniu pacjent śpi w nocy tylko 2 godziny i dopiero następnego dnia następuje sen z przemęczenia, „Nachschlaf", po działaniu toksycznem nasennika, i trwa 8 godzin. Przypadek czwarty bezsenności okresowej zachodzi u pacjenta, cierpiącego na psychozę manjakalno-despresyjną, który w okresie przytoczonym w statystyce, znajdował się w stanie depresji i zahamowania; stan ten połączony był również z niedomogą snu, która występowała w postaci okresowo przebiegających nasileń. Pod Nr. 5 rejestrujemy ciężkiego epileptyka, który poza często pojawiającymi się napadami kurczowymi przechodzi stany ciężkich padaczkowych zamroczeń. I tutaj jak widzimy bezsenność występuje wybitnie okresowo i nie widzimy wprost różnicy w natężeniu napadów bezsenności, w których interwenjowano środkami nasennymi — od okresów, w których nic pod tym względem nie przedsiębrano.

Szósty przypadek: pacjent cierpi na psychozę manjakalno-depresyjną, znajdował się w okresie obserwacji w stanie hypomanjakalnego podniecenia. Ponieważ pacjent jest starszym człowiekiem (60 lat) z chroniczną myocarditis, podawano mu częściej środki nasenne, by dać choremu sercu jaknajwięcej wypoczynku. Jak widzimy, występuje tu nader wybitnie brak wpływu leczniczego nasenników na istotę przebiegu bezsenności, i tak nasenniki podane 11-go i 28-go pierwszego miesiąca, oraz 22-go i 26-go następn. miesiąca, nie przerywają okresów bezsenności, które same następnie wygasają. W przypadku 7-ym bardzo ciężkiej katatonji, przebieg bezsenności nie różni się od powyżej cytowanych u innych pacjentów, chorych na całkiem odmienne choroby mózgu. W przypadku 9-ym widzimy, jak pacjent, cierpiący na psychozę manjakalno-depresyjną, a znajdujący się w okresie manji, jest dotknięty okresową bezsennością. Nader drastycznie występuje tutaj znowu brak wpływu nasenników na samą bezsenność. W przypadku 10-ym pacjent, cierpiący na psychozę m. - d., znajduje się w ostrem manjakalnem podnieceniu i pomimo, że stan ten trwa niezmiennie bez żadnych remisji przez cały okres obserwacji, przebieg bezsenności ma tutaj również charakter wybitnie okresowy. Po podaniu dnia 28-go drugiego miesiąca nasennika występuje brak reakcji nań w postaci snu. Również widzimy brak jakiegoś decydującego wpływu nasenników na przebieg okresowy bezsenności w przypadku 11-ym u chronicznej manjaczki D.

W przypadku 12 - ym, 13 - ym, 14 - ym pacjentki: oligofreniczka, manjaczka i paralityczka pomimo tak różnych schorzeń mózgowych, jakiemi są dotknięte, cierpią na bezsenność w postaci podobnie przebiegających okresowych jej napadów. W przypadku 15 - ym pacjentka L. znajdowała się w stanie amentywnym, który wystąpił po odbytym porodzie. Pacjentka ta również była dotknięta okresową bezsennością. W przypadku 16 - ym i 17 - ym pacjentki B. i J. — obydwie cierpiące na psychozę m. - d., obydwie w stanie manjakalnego podniecenia, cierpiały na bezsenność, przebiegającą wybitnie okresowo. W przypadku 18 - ym mamy znowu epileptyczkę, która w okresach zamroczeń, cierpi też na bezsenność; trzeba nadmienić, że okresy te nie pokrywają się z sobą kompletnie, a jedynie korelują.

W przypadku 19 - ym i 20 - ym dwie parylityczki K. i N. dotknięte są bezsennością, która szczególnie w przypadku K. występuje wybitnie okresowo; u N. obraz przebiegu bezsenności jest

nieco zatarty przez częste podawanie nasenników, co znowu robiono ze względu na występującą niedomogę serca. W przypadku 21-ym i 22-im pacjentki schizofreniczki D. i B. są dotknięte bezsennością, która, jak widzimy, przebiega również okresowo. Bezsenność w przypadku 23-im u paralityczki P. jakkolwiek bardzo znacznie nasilona, jednakże nie ma charakteru ciągłego, a widzimy okresy bezsenne przeplatane okresami wystarczającego snu. Jest to przypadek nader pouczający, gdyż bardzo widocznie dowodzi, jak nawet bardzo ciężkie przypadki bezsenności nie przebiegają w postaci ustawicznie ciągnącej się niedomogi snu, lecz noszą ten sam charakter wybitnie okresowy. Schizofreniczka N. zarejestrowana pod nr. 24-ym, cierpi na bezsenność, której przebieg potwierdza wyżej przytoczoną regułę.

Ażeby módz zdać sobie sprawę i zrozumieć istotę powyżej przytoczonego przez nas objawu okresowości bezsenności, musimy zwrócić się do współczesnych poglądów i zdobyczy, zrobionych w dziedzinie snu.

Ogół badaczy stoi na stanowisku, zajętem przez kongresy w Paryżu i Baden-Baden, że sen jest odrębną czynną funkcją centralnego układu nerwowego, wprost popędem, zbliżonym do popędu płciowego, czy do odżywiania się. Fizjologicznym sensem snu jest utrzymanie organizmu zwierzęcego w stanie pewnej świeżości i jędrności psychicznej i fizycznej, która jest w czasie czuwania nadwątlona.

Rytmem snu i całym nader skomplikowanym zespołem funkcji snu, którego najważniejszym przejawem jest utrata świadomości, rządzi hypotetyczny organ snu („Schlafcorpus" — Economo), który składa się z jednego centrum, czy też licznych ośrodków powiązanych ze sobą. Najważniejszą funkcją tego organu snu jest hamowanie odruchów względnych w dziedzinie kory mózgowej (Pawłow) i cały szereg czynności regulujących w dziedzinie wegetatywnej. Substancje toksyczne powstające w okresie czuwania (Pierron) byłyby najważniejszym bodźcem, działającym na organ snu, i jakkolwiek nie bezwzględnie koniecznym, jednak potrzebnym i faworyzującym sen jest brak silniejszych podniet zewnętrznych. W ten sposób dawne teorje czysto somatyczne (Ermüdungstheorien) zostałyby wciągnięte i włączone do współczesnego poglądu na istotę snu. Jako miejsce istnienia ośrodka snu ogólnie uważane jest (Economo, Demol) hypothalamus, thalamus i substancja szara podstawy trzeciej komory mózgu. Za powyższą lokalizacją centrum

snu przemawiają: istnienie snu u zwierząt, posiadających w zaczątkach zaledwie kreso-mózgowie, możność wywołania snu u zwierząt pozbawionych półkul mózgowych, zmiany zapalne w podstawach mózgu w encephalitis lethargica, zaburzenia snu występujące przy nowotworach podstawy mózgu, eksperymenty Demola, a przedewszystkiem ostatnie wspaniałe doświadczenie Hessa w Zurichu, który wywołuje sen pod wpływem drażnienia słabymi prądami okolicy thalamus.

Jeszcze raz muszę podkreślić, że zasadniczą różnicą współczesnych teorji od dawnej somatycznej, jest to, że kiedy dawniej uważano sen za pewnego rodzaju stan biernej apatji i bezwładu całego organizmu, za coś odwrotnego od stanu czuwania, to teraz uważa się, że sen dochodzi do skutku dzięki wybitnie czynnej funkcji centrum snu, i jakkolwiek zmierza do restytucji energetycznej ustroju, to jednakże samowyczerpanie organizmu do powstania snu nie wystarcza, o ile organ snu nie jest zdolny do wypełniena swej funkcji.

Na podstawie wyżej przytoczonych współczesnych poglądów na kwestję snu postaramy się zdać sobie sprawę z tego najważniejszego objawu, który zarejestrowaliśmy w naszych badaniach statystycznych w Dziekance, to jest okresowość w napadach bezsenności. We wszystkich chorobach mózgu, a tych wyrazem są wszelakie zaburzenia psychiczne i nerwowe, w które wciągnięte są w grę chorobową części podstawy mózgu, gdzie znajdują się centra rządzące snem—musi i funkcja tych centrów być zmieniona, czy to jakościowo czy ilościowo. O ile będzie ona wzmożona, będziemy mieli hypersomnię, czy to dłużej trwającą i stale, jak w sprawach nowotworowych podstawy mózgu, gdzie bodziec drażniący działa stale aż do swego wyczerpania, które zwykle prowadzi ad exitum; czy też przez pewien czas tylko jak w początkowym zapalnym okresie podrażnienia w encephalitis lethargica, lub napadowo jak w narkolepsji. Tam, gdzie wysuwają się na plan pierwszy zmiany jakościowe funkcji snu, będziemy mieli objawy dysocjacji kompleksu snu, jak stany kataleptyczne, kataplektyczne, lunatyzm, hypermotivitas we śnie w ostrym okresie encefalitycznym. Często będziemy mieli kombinacje wysuwających się na plan pierwszy objawów dysfunkcji i hyperfunkcji, jak wyżej wzmiankowane stany podniecenia drgawkowego w okresie letargicznym encefalitu.

Wyrazem hypofunkcji hypotetycznego organu snu byłaby insomnia — bezsenność. Nie możemy nawet wyobrazić sobie zu-

pełnego zaniku funkcji centrum snu, który to zanik ze względu na umiejscowienie tego centrum, jak i podstawowe znaczenie dla organizmu i korelacje z koniecznymi do życia ośrodkami wegetatywnymi, równałby się śmierci organizmu, a może być jedynie mowa o hypofunkcji, t. j. działaniu zmniejszonem. Wszelkie przejawy życia w organiźmie są zawsze wyrazem dwóch przeciwnych sobie funkcji: podniecających i hamujących, równie czynnych i działających wzajemnie na siebie — każdy fenomen życia jest właśnie przejawem w danym momencie przewagi jednej z tych funkcji nad drugą. Wybitnym przykładem tego jest rytm ciągle zmieniających się stanów czuwania i snu. Bezsenność byłaby wyrazem zbyt słabych podniet wychodzących z centrum nerwowego snu i przewagi istniejących podniet, płynących tak ze zewnątrz ustroju, jak i z centralnego układu nerwowego, które składają się na wywoływanie stanu czuwania. Jednem z podstawowych praw fizjologji centralnego układu nerwowego ustroju żywego, jest prawo kumulowania się podniet. Podniety stale płynące z wewnątrz czy ze zewnątrz naszego organizmu, które z powodu niskiego swego napięcia nie przejawiają się w zmianie funkcji — nie zatracają się, a sumują, aby dojść do tego stopnia napięcia, że mogą zrealizować się zmienioną funkcją. Ma się rozumieć, że funkcja jest zarazem wyładowaniem ze sumowanych podniet, jakby upustem wody z pełnego naczynia, w które nazbierała się, spadając poszczególnemi kroplami, po wylaniu się wody naczynie jest znowu puste i trzeba dłuższego czasu, by się w niem znowu wody nazbierało. Również i zesumowane podniety, które wywołały funkcje po wyczerpaniu się jej, będą nadal działać bez zewnętrznego efektu, aż do następnego okresu wystarczającego do realizacji ich zsumowania się, Ten mechanizm właśnie jest zdaniem naszem wywołującym okresowość bezsenności w hypofunkcji ośrodka snu. Same nawet rozważania teoretyczne, nie poparte żadnym eksperymentem, ani obserwacją musiałyby już doprowadzić nas z momentem przyjęcia istnienia czynnego ośrodka snu do przewidywania, że będzie się jego hypofunkcja przejawiać w postaci okresowych napadów bezsenności, której wykres da nam tę krzywą falistą, którą otrzymalibyśmy z wykresów naszej statystyki bezsenności w Dziekance. Fakt, że czysto teoretyczne rozważania doprowadziły nas do tych samych rezultatów, co i żmudnie przeprowadzone, 10-cio letnie obserwacje na materjale prawie 1000-ca chorych dziennie — dowodzi prawdziwości i realności istnienia czynnego ośrodka snu i zdaniem naszem

będzie jednym z najsilniejszych argumentów na poparcie tej hypotezy. To zoaczenie naszej pracy teoretyczne poza licznemi wskazaniami praktycznemi, do których prowadzi, upoważnia nas do podania jej szerszemu ogółowi. Możność zrobienia tych obserwacji zawdzięczamy jedynie badaniom statystycznym nad bezsennością na większą skalę, oraz przezorności i rezerwie w traktowaniu terapeutycznem, cierpiących na bezsenność chorych. Dzięki temu mogliśmy obserwować zaburzenia snu w jego prawie że czystej formie nieskażonej interwencją z zewnątrz. Również same rozważania teoretyczne muszą nas doprowadzić do wniosku, że wszelkie procesy chorobowe godzące w ośrodek snu i dające jego hypofunkcję, a wywołane infekcją czy to luetyczną, czy encefalityczną, czy procesami degeneracyjnymi czy wrodzonym niedorozwojem, dadzą zaburzenia snu o charakterze okresowej bezsenności niezależnie od choroby, jaka je wywołała — do siebie podobne.

I tym razem rezultat naszych obserwacji całkowicie potwierdza nasze teoretyczne założenie, gdyż gros obserwowanych pacjentów, chociaż rekrutowali się z najrozmaitszych grup i rodzaji chorób mózgowych, wykazało tę samą okresowość zaburzeń snu.

Może nieco inny mechanizm występowania bezsenności okresowej należy upatrywać w stanach manjakalnych i w bredzeniach alkoholowych i infekcyjnych. Tutaj przedewszystkiem wzmożone są bodźce, wywołujące stan czuwania, wypływające z wewnątrz organizmu, czy to z jego układu nerwowego centralnego, czy zmienionego chemizmu ustroju (teorja hormonalna psychozy m.-d.), czy też wprost pod wpływem zatrucia toksynami endo — czy egzogennemi. W przypadkach takich ośrodek snu może być w porządku, podniety hamujące płynące z niego mogą być o normalnem nasileniu, lecz przy wzmożeniu podniet przeciwnych warunkujących stan czuwania, nie mogą im podołać i żeby wywołać funkcje snu, muszą sią kumulować i znowu rytm snu będzie zmieniony w postaci okresowo występującej bezsenności. Od stopnia wzmożenia podniet, warunkujących stan czuwania i od stosunku ich do podniet z ośrodka snu, będzie zależała krzywa wykresu tych zmian i w każdym poszczególnym przypadku różną będzie długość i wysokość fali tej krzywej. Drugi z objawów od dawna obserwowany w Dziekance jest niedawno opisany przez Friedmana sen, występujący po wyczerpaniu się działania narkotycznego środka nasennego, a mianowicie po przebudzeniu się ze snu pod wpływem nasennika, następuje druga faza snu, którą Friedman nazy-

wa „Nachschlaf“ i dopatruje się w tem występowania snu z przemęczenia organizmu po działaniu trującem narkotyku.

Doświadczenie, o którem wspomtna Friedman — zrobił już Al. Piotrowski w r. 1907 w Wiesbadenie u chorych, cierpiących na niedomogę serca i na podstawie tego doświadczenia tłómaczył charakter podobnych zjawisk opóźnionej reakcji sennej na nasennik, często notowanych w Dziekance.

Nader często obserwujemy u naszych pacjentów, że przeciętna dawka nasennika nie wywołuje snu od razu, lecz dopiero po kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu godzinach i należałoby przypuszczać, że sen ten wtedy jest właśnie tym snem z przemęczenia występującego po działaniu toksycznem nasennika.

Ogólnie uważa się, że sen wywołany środkami nasennymi jest skutkiem toksycznego działania na cały centralny układ nerwowy (Economo, Friedman), pewnego rodzaju narkozą, która nie nakrywa się w zupełności ze snem normalnym i nie wypełnia też całkowicie zadania normalnego snu. „Należy mieć na uwadze, że środki nasenne nietylko są szkodliwe dla organizmu, lecz nieraz wywołują nowe objawy chorobowe, n.p. halucynacje, stany deliryczne. Chorzy przyzwyczajają się łatwo do leków i dlatego dawki stopniowo muszą być zwiększone" (Al. Piotrowski, Nowiny Psychjatryczne 24 r., Nr. 7). Jednym z tego dowodów byłby powyżej wzmiankowany objaw snu z przemęczenia, występującego po okresie snu narkotycznego. Dalej często obserwowanym przez nas objawem jest brak reakcji w postaci snu na podanie nasennika; dostateczny sen pojawia się później, dopiero po paru dniach, bez dawania nasennika. Widocznym jest tutaj brak wpływu działania nasennika na źródła powstania bezsenności - działanie tu jest jedynie powierzchowne i objawowe.

W Dziekance bezsennym naogół nie zapisuje się środków hypnotycznych, albowiem długoletnie systematycznie prowadzone badania wykazały, że chodzi tu o bezsenność parcjalno - okresową. Gdy okres bezsenności minie, zjawia się znowu sen prawidłowy bez względu na to, czy się stosuje środki nasenne lub nie. „Jeżeli sen nie następuje, dowodzi to, że pacjent przebywa okres bezsenności, w którym nasenniki nie skutkują. Zwykle po paru dniach sen wraca spontanicznie bez udziału środków hypnotycznych" (Al. Piotrowski - Leczenie psychoz manjakalno - depresyjnych i ich zapobieganie. - Nowiny Psychjatryczne rok 27, kw. IV).

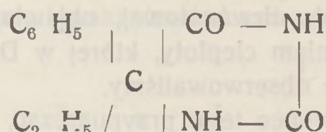
Rytmu bezsenności nasennikami zmienić nie można. A trzeba zawsze sobie zdawać sprawę ze szkodliwości narkotyków, która wyraża się przedewszystkiem w działaniu toksycznem na cały organizm, a zarazem istnieje zawsze możliwość wywołania tak powszechnego w zakładach leczniczych dla chorych nerwowo i psychicznie, nałogu do przeróżnych środków nasennych i uspakajających, który to nałóg nawet w niewielkiem natężeniu wywołuje objawy głodu swoistego w postaci bezsenności. I tak wpadamy często w błędne koło, z którego trudno znaleźć wyjście.

Jaknajdalej idąca rezerwa w stosunku do traktowania bezsenności jest ze wszechmiar wskazaną. Interwencja lekarska powinna się naogół ograniczyć do ułożenia możliwie jaknajhygjeniczniejszego trybu życia, nakłonienia pacjentów do ruchu, przedewszystkiem zaś celowej pracy na świeżem powietrzu, do kontrolowania ich funkcji trawiennych, a w pewnych przypadkach administrowania specjalnej lekkostrawnej i niezbyt obfitej djety. U pacjenta, który ma możność zdrowego wyładowania się fizycznego, wytwarzają się substancje chemiczne specyficzne - toksyny snu (Pierron), będąc najsilniejszym bodźcem na ośrodek snu w centralnym układzie nerwowym. Ważnem też jest ogromnie stworzenie pacjentom możliwie jaknajlepszych warunków snu z wykluczeniem, w granicach możliwości, wszelkich zewnętrznych podniet. To ostatnie zadanie jest w zakładzie dla psychicznie chorych często bardzo trudne do spełnienia tak ze względów technicznych jak na bezpieczeństwo chorych. Stosowanie narkotyków powinniśmy traktować jako ostateczność i stosować je wtedy, kiedy widzimy do tego wyraźne wskazania. „Pacjent, zażywający przez dłuższy czas nasennik, uzależnia się od środka i później bez niego usnąć nie może.... Jeżeli w niektórych zakładach wszystkie izolatki są zajęte, to często nie mimo licznych środków hypnotycznych, lecz przeciwnie wskutek nadużycia ich.“ (Al. Piotrowski: Przyczynek do lecznictwa psychjatrycznego, Nowiny Psychjatryczne 1924,7).

Wskazaniami do podawania nasennika będą przedewszystkiem zaburzenia ze strony działalności serca i wyraźne objawy przemęczenia oraz spadek na wadze. W praktyce wskazania te będą występować zwykle w normie przyjętej w stosunku do bezsenności w Dziekance t. j. mniejwięcej po trzech dobach bezsennych. Oczywiście norma ta stosowana jest w Dziekance jedynie w stosunku do organizmów względnie silnych i w wypadkach, kiedy mamy do czynienia ze specjalnie nadwątlonym przez wiek,

czy chorobę organizmem, należy indywidualizować traktowanie bezsenności u takiego chorego.

Srodkiem nasennym najczęściej stosowanym, a nawet prawie jedynie, w Dziekance jest Nirwanol. Jest to związek fenylowy z hydantoiną, który jest zbudowany podobnie jak Luminal (kwas fenylo-etylo-barbiturowy), gdzie zamiast kwasu barbiturowego wchodzi kwas hydantoinowy. Formuła chemiczna Nirvanolu jest następująca:



Hydantoina wyprowadza się z kwasów moczowych i występuje w moczu ludzkim. Jak wykazały kliniczne badania doświadczalne Piotrowskiego, (Al. Piotrowski: Über Hydantoine als Hypnotica, Münch. Med. Wochenschr. 1916, Nr. 43) nirwanol ma działanie nasenne wielokrotnie silniejsze niż weronal i równie silne jak luminal, jednakże, jak wykazały badania porównawcze, nie ma on działania tak silnie trującego jak luminal. A mianowicie nie wywołuje podniesienia temperatury, nie zmniejsza ciśnienia krwi przez centralne porażenie naczyń, jak przy chloralu, nie działa szkodliwie na obwodowe wasomotory, jak w większych dozach weronal, nie działa szkodliwie na oddychanie, nawet w dużych dozach do trzech gramów na dobę. W jednym takim przypadku Piotrowski nie obserwował żadnych objawów zatrucia.

Nirwanol działa skutecznie już przy dawce 0,5 doustnie, a 0,3 domięśniowo; u podnieconych jednakże pacjentów stosujemy dawkę 1,2 lub 1,5, po której zwykle następuje wielogodzinny sen (od 8 - 10 godzin). Po przebudzeniu uwydatnia się jeszcze działanie uspakajające nirwanolu, które też trwa kilka godzin. W handlu nirwanol mamy pod dwoma postaciami: jako wolny kwas fenylo-etylo-hydantoinowy, który wypuszcza fabryka w tabletkach po 0,3 bardzo łatwo rozpuszczalnych w wodzie, i sól sodową tego kwasu w roztworze w ampułkach. Działanie soli sodowej preparatu wydaje się być silniejsze, szczególniej przy domięśniowem jej zadaniu. Doustnie podawać jej nie należy ze względu na bardzo nieprzyjemny smak. Za to preparat w postaci wolnego kwasu jest zupełnie bez smaku, doskonale i szybko rozpuszcza się w wodzie i często bardzo pacjenci, jeżeli im się nie zwróci na to specjalnie uwagi, nie spostrzegają, że podano im nasennik. Należy pamiętać jednak o tem, że pod wpływem dwutlenku węgla

wolny kwas szybko wykrystalizowuje z wody i należy stosować jedynie świeży ad hoc zrobiony roztwór.

Przy stosowaniu w injekcjach soli sodowej preparatu należy robić je domięśniowo, a nie podskórnie, gdyż przy podskórnych zastrzykach powstają czasami nekrozy; szczególniej przy traktowaniu paralityków i tabetyków z zaburzeniami troficznemi. W literaturze obcej pojawiły się parokrotnie wzmianki w ostatnim czasie o tak zwanej chorobie nirwanolowej, objawiającej się żarnicowatą wysypką i podniesieniem ciepłoty, której w Dziekance przez okres 10-letni ani razu nie obserwowaliśmy.

Należałoby wobec tego przypuszczać, że jedynie w wyjątkowych przypadkach występują te objawy u osób, obdarzonych specjalną idjosynkrazją do nirwanolu. Tak ostrożne, pod względem stosowania nasenników, traktowanie bezsenności, poza wielkiemi korzyściami jakie ma dla zdrowia chorych, których nie zatruwa się masami podawanych narkotyków, daje możność zrobienia, bez najmniejszej krzywdy chorych, dużych oszczędności, sięgających w rocznym budżecie poważnych sum, wychodzących w tysiące złotych. Dzięki tym oszczędnościom można uwzględnić cały szereg pragnień i istotnych potrzeb chorych. Dla ilustracji tej korzyści muszę podać, że kiedy teraz w Dziekance istnieją miesiące, w których na cały Zakład zużywa się zaledwie parę dawek miesięcznie nasenników na tysiąc chorych, to w tejże Dziekance przed 10 laty, za czasów niemieckich, n. p. jednemu pacjentowi B. podano w okresie od 1. 1. do 1. 2. 1916 r. (a więc przez jeden tylko miesiąc) 81 gr Paraldehydu, 11 gr. Trionalu i 45 cm^3 roztworu Chloralu. Nie trzeba chyba dowodzić, że musiało takie leczenie bezsenności szkodzić poważnie choremu.

Reasumując powyższe rozważania i wywody, wypada podkreślić, że praktyka psychjatryczna może się obyć bez środków nasennych, „nasenniki w ogólności są zbyteczne" (Al. Piotrowski: Przyczynek do lecznictwa psychjatrycznego, Now. Psychj. 1924,7). W każdym razie powinno się zaniechać szematycznego, masowego podawania chorym bezsennym nasenników, albowiem bezsenność przeważnie pojawia się okresowo i nie ustępuje bezwzględnie pod wpływem nasenników, lecz przechodzi sama we właściwej chwili.

W Dziekance nie podaje się zasadniczo nasenników wszystkim chorym bezsennym, lecz tylko takim osobom, które przez trzy doby spały mniej niż 4 godziny dziennie. Że praktyka ta jest racjonalna, wynika już stąd. że stan zdrowotny pacjentów na ogół

nie pogorszył się, lecz polepszył, jak wykazuje stytystyka wypisanych, między którymi odsetka wyleczonych i polepszonych w ostatnich latach się powiększyła (przeszło 50 proc, dawniej mniej niż 50 proc.), a odsetka niewyleczonych i zmarłych się zmniejszyła (mniej niż 50 proc., dawniej przeszło 50 proc.).

Na zakończenie niech mi wolno będzie podziękować p. Dyrektorowi dr. Piotrowskiemu za przekazanie mi powyższego tematu i za łaskawe udzielenie mi wskazówek i rad przy opracowaniu zadania.

* * *

Hôpital psychiatrique public de Dziekanka – Dir. dr. med. dr. phil. Al. PIOTROWSKI

L'insomnie des aliénés et son traitement à Dziekanka au cours des dernières dix années.

Par le Dr. H. ZAJĄCZKOWSKI.

Rapport préparé pour le XIII Congrès des Médecins et des Naturalistes polonais à Wilno le 26—29 septembre 1929.

L'auteur discute les résultats des recherches systématiques sur l'insomnie à Dziekanka pendant une dizaine d'années journellement sur près de mille malades. Ces résultats sont suivants: 1) l'insomnie apparait par périodes alternant avec des périodes plus longs de sommeil suffisant; les somnifères n'ont pas d'influence essentielle sur la régularité de la manifestation de cette insomnie, 2) le genre d'affection du système nerveux central n'influence pas le parcours de l'insomnie qni présente le même caractère périodique dans toutes les maladies ou elle apparait. L'auteur considère l'insommnie comme l'hypofonction du centre hypothétique régulateur du sommieil, et le caractère périodique de l'insomnie est selon lui une des preuves évidantes de l'existence de ce centre actif. Dans le traitement thérapeutique de l'insomnie par le Dir. Al. Piotrowski à Dziekanka l'emploi des somnifères est parcimonieux — suivant les observations les somnifères n'ayant pas d'influence essentielle sur la retraite de l'insomnie et n'agissant que d'une façon purement symptomatique. Le sommeil normal revient au malade après l'épuisement d'un cycle de l'insomnie et indépendamment de l'emploi de somnifères.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka
Dyr. Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI.

O leczeniu paraliżu postępującego malarją z uwzględnieniem wyników w Dziekance.

Podał Dr. STANISŁAW ŚWIERCZEK.

Referat zgłoszony na XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich we Wilnie w dniach 26—29. IX. 1929.

Ponieważ wyżej wspomniane zagadnienie jest niedawnego względnie pochodzenia, więc mimo żywego zainteresowania. jakie wzbudziło, istnieje znaczna rozbieżność zarówno wyników jak i sądów. Stąd też nic dziwnego, że u niektórych badaczy spotykamy wyraźne niezdecydowanie w tej kwestji lub odkładanie rozstrzygnięcia o wartości leczniczej malarji do chwili, kiedy na podstawie długoletniego doświadczenia, zebranego na obfitym materjale, wątpliwości zostaną usunięte. Uważam, iż z powodu wielkiej ważności lecznictwa chorób luetycznych ośrodkowego układu nerwowego oraz 12-letniego trwania leczenia malarycznego wytworzenie sobie sądu o tem leczeniu jest konieczne. Postaram się poniżej wykazać, że można obecnie zająć określone stanowisko w tej sprawie.

Nietylko jednak znaczenie malarji leczniczej ale także i inne zagadnienia z zakresu chorób kiłowych ośrodkowego systemu nerwowego podlegają nadal ożywionej dyskusji, a więc nie znalazły dotąd swego rozwiązania.

Wspomnę najpierw o sprawie wpływu wojny na paraliż postępujący. Wbrew utartemu już zapatrywaniu, negującemu, jakoby wojna wywarła wyraźny wpływ na ilość, inkubację i przebieg porażenia, są autorzy, którzy twierdzą, że częstość zachorzeń na paraliż zwiększyła się podczas wojny i po wojnie (Wiesel, Brinkmann, Nonne).

Większość autorów jest jednak innego zdania. Wszelako i wśród badaczy zaprzeczających znaczenie wojny dla paraliżu postępującego spotykamy znaczne różnice zapatrywań. Jedni z nich (Pilcz, Schutz - Henke, Pese, Hauptmann, Meggendorfer, Kollmeier, Marie, Kohen) twierdzą, że niema różnicy w tej sprawie między okresami przedwojennym, wojennym i powojennym.

Natomiast inni jak Kirby, Benon, Herschmann, Hensge, Gerson uważają, iż paraliż w okresie powojennym stał się chorobą

rzadszą, a H.W.Maier mniema, że ilość przypadków paraliżu w okresie tuż po wojnie osiągnęła swój najniższy stopień.

Większe trudności spotykamy przy rozważaniach na temat wpływu terapji salwarsanowej na przeciwdziałanie powstawaniu porażenia (profilaktyczne znaczenie salwarsanu).

I tutaj odnosi się w pierwszej chwili wrażenie, że słuszność jest po stronie tych badaczy, którzy głoszą, że rozwiązanie tego zagadnienia będzie możliwe dopiero w przyszłości, a więc, że, jak dotąd nie można ani podkreślać ani zaprzeczać działania salwarsanu w tym kierunku. Ale nawet i ci niezdecydowani przyznają, że pewne wyniki badań zdają się przemawiać na korzyść salwarsanu, wysuwają jednak natychmiast liczne zastrzeżenia, a więc że często w obliczeniach nie uwzględniono różnych możliwości jak złagodnienie jadowitości krętka bladego, zwiększenie się odporności na lues. Następnie podkreślają ci sami krótki stosunkowo czas obserwacji terapji chemicznej w porównaniu z długim często okresem inkubacji paraliżu.

Pominąwszy wyżej wspomnianych, przezornie zwlekających ze stanowczem wypowiedzeniem się w tej sprawie autorów, mamy wśrod innych całą skalę zapatrywań. Po jednej stronie spotykamy wielkich optymistów, po drugiej zaś stronie takich badaczy, którzy wprost oskarżają salwarsan o ułatwianie powstawania porażenia u luetyków. Ci, którzy twierdzą, że wyniki leczenia salwarsanowego odnośnie do profilaktyki p. p. są świetne (W.E.Jones), są niezbyt liczni jak również i tacy, którzy uważają leczenie salwarsanowe za przyczynę skrócenia inkubacji p. p. lub sądzą, że leczeni salwarsanem luetycy częściej dostają paraliżu, niż nieleczeni (Marburg, Levin).

Natomiast R. Koch, H. Herschmann, Jahrreis wypowiadają się w kierunku uznania salwarsanu za środek leczniczy, mający małe znaczenie dla profilaktyki porażenia.

Wydaje mi się, że większość uważa wpływ salwarsanu na częstość p.p. za pomyślny i zgadza się z zapatrywaniem Kraepelin'a (Pilcz, Mattauschek, Pinkus), że wpływowi temu przeciwstawić należy niepomyślne działanie cywilizacji, która powiększa częstość tego schorzenia. O profilaktyce paraliżu wspomnę jeszcze w jednym z następnych rozdziałów. Jeżeli chodzi o etjologię i patogenezę p.p., to tylko tyle wiemy napewno, że paraliż zachodzi u tych, którzy mieli syfilis. L. Marchand oglosił w r. 1921 (Encéphale Nr. 3, 1921) teorję (opartą na 12 badanych sekcyjnie przypadkach

porażenia, gdzie tylko w jednym z nich znalazł spirochety, i to tylko w pia mater), że przyczyną porażenia postępującego jest jakiś zarazek filtrujący, który ma skłonność do tkanki nerwowej, uszkodzonej przez syfilis. Dla poparcia tej teorji przytoczył między innymi fakt, że odczyn Bordet-Wassermanna nie jest specyficzny dla luesu. Wobec jednak licznych wyników dodatnich badań mózgu paralityków na krętki blade, teorja ta nie wywołała większego zainteresowania. Dotychczas jeszcze nie umiemy sobie odpowiedzieć na pytanie, dlaczego paraliż postępujący występuje u tak małej liczby luetyków i zwykle w długi czas po zakażeniu. Prób tłómaczenia jest wiele. Z nich na pierwszy plan wysunęły się dwie. Pierwsza głosi, że istnieją różne szczepy spirochet (czy różne stadja rozwoju) a mianowicie odróżnia się szczep dermotropowy i neurotropowy (Marie, Levaditi). Druga z nich mówi, że istnieją różnice biologiczne nie zarazka lecz zakażonego (pochodzenia endo- lub egzogennego) a więc, że chodzi tu o konstytucję organizmu w najszerszem tego słowa znaczeniu. Za pierwszą teorją oświadczyli się między innymi Sanguinetti, Lafora, F. Wiesel, Plaut i Forster. Przeciw niej wystąpili Dörr, Jahnel, Moore, Keidel, Ciarla, Sézary, Bigland, Watson i Kriczewskij.

Wśród zwolenników teorji drugiej spotykamy znaczne różnice zapatrywań. Jedni badacze przypisują duże znaczenie dziedzicznemu obciążeniu (Pernet, Meggendorfer, Moore, Keidel, Kraepelin). Drudzy mówią o większej wrażliwości pewnych tkanek, stałej (Dörr) lub nabytej (egzogennej). Przytem podkreślają ujemne skutki cywilizacji, opierając się na fakcie, że u ras niecywilizowanych paraliż spotyka się znacznie rzadziej (że nie zawsze tak jest, wspominam o tem w rozdziale końcowym). Rosyjski lekarz Daraszkiewicz ogłosił w r. 1925 (Zum Rätsel der Paralyse Allg. Zeitschr f. Psych. u. psychisch gerichl. Med., Band 83, Heft 1/2, 1925) oryginalną teorję, że porażenie występuje tylko u luetyków szczepionych przedtem na ospę, natomiast przebycie ospy naturalnej (bez poprzedniego szczepienia) daje absolutną ochronę przed powstaniem paraliżu. W tym samym roku ogłosił podobną teorję H. Salomon (Die Ursachen d. grösseren Häufigkeit von Tabes u. Paralyse bei den Kulturvölkern. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 46, 1925).

Przeciw tejże teorji wystąpili równocześnie liczni badacze (Einsiedel, Ilberg, Willmanns, Nonne, Kraepelin i Kolb). Czterej ostatni wskazali na fakt, iż na Kubie i w Indjach angielskich szcze-

pienie ochronne przeciw ospie tak samo ściśle jest przeprowadzone jak w Europie a natomiast paraliż jest tam znacznie rzadszy. Zresztą niema dowodów przekonywujących, że teorja ta ma podstawę realną. Również interesujące są zapatrywania W. Gärtnera (Über den Einfluss der Kultur auf die Paralyseentstehung, Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 42,1920), który przyczynę zwiększania się ilości porażenia upatruje w leczeniu antyluetycznem chemicznem (leczenie to ma wywoływać alergję). Podobne zapatrywania głosi cały szereg pisarzy. Istnieją i takie publikacje, w których za przyczynę p. p. uważa się nie wydatne a tylko słabe leczenie chemiczne (Meggendorfer).

Jeżeli chodzi o jakąś syntezę tych wszystkich różnorakich sądów, to Meggendorfer usiłował ją stworzyć, głosząc, że lues przodków daje degenerację potomstwa (wytwarza się pewien habitus) co w pewnych warunkach (cywilizacja, wiek, zawód itd.) które przeszkadzają wytwarzaniu się antyciał, daje podstawę do powstania paraliżu. Stanowisko pośrednie zajął O. Binswanger (Schweiz. med. Woch. Nr. 19, 1925), który będąc zasadniczo zwolennikiem teorji drugiej (różnice konstytucjonalne i kondycjonalne organizmów) uznaje jednak i możliwość istnienia spirochety neurotropowej.

Zupełnie odosobniony jest E. Ciarla (Milano 1923, Sull'etiologia della paralisi progressiva), gdyż według niego główną rolę w powstaniu p. p. odgrywa przypadek i twierdzi, że istnieje tu analogja do genius epidemicus. Z dalszych również spornych kwestji chciałbym rozpatrzeć zagadnienie chemicznego leczenia porażenia postępującego.

Spotyka się niekiedy twierdzenie, że zastrzyk salwarsanu (czy rtęci) może wywołać atak paralityczny (Nissle). Do podobnych należy również zapatrywanie Treupel'a i innych o przyspieszaniu progresji tej choroby przez leczenie jej salwarsanem. Leczeniu temu odmawiają większego znaczenia Goria, Meggendorfer, Sicard i Roger. Do zwolenników tego leczenia (i to w dużych dawkach) należą Sioli, Forster, Salomon, a za stosowaniem małych dawek jest Hesnard.

Francuscy (Sicard) i angielscy autorzy chwalą tryparsamid. Niektórzy z nich (Kohen) podkreślają znaczenie bizmutu. Zaś Forster i inni, chociaż uważają bizmut za lepszy od rtęci, to jednak z wyników leczenia bizmutowego nie są zadowoleni. F. Schramm (Zusammenfassende Erfahrungen über die Behandlung d. Nerven- u. Geisteskrankh. mit Pregl'scher Jodlösung. Arch. f. Psych. u. Ner-

venkrankh. Band 70, H. I., 1923) zachwalał zastrzyki płynu Pregl'a (jod).

Sicard uważa, że wogóle wszelkie chemiczne leczenie paraliżu jest mało warte, przeciwnie niż w tabesie.

W związku z chemicznem leczeniem poruszę krótko inne próby leczenia porażenia postępującego.

Doświadczenia z surowicą są jak dotąd niezachęcające. Foerster zalecał ją endolumbalnie ze salwarsanem i rtęcią ale nie w p.p., tylko w innych syfilitycznych chorobach ośrodkowego układu nerwowego. Tak samo Solomon (General paresis. Americ. journ. of psychiatry tom 2, Nr. 4, 1923), Evans już r.1916 (Americ. Journ. of Insanity) wystąpił przeciw temu leczeniu, twierdząc, że ono nie daje żadnego polepszenia statystyki leczenia. Ostatnio Worms i Dold (Klinisch. Woch. Nr. 45, 1928) twierdzą, że niema dotąd skutecznej surowicy antyluetycznej, a Schereschewsky (Deutsche med. Woch. Nr. 48, 49, 1928) neguje wartość antyluetyczną surowicy z lamy lekarzy argentyńskich (Jauregui i Lancelotti) i twierdzi, że lamy nie są wrażliwe na syfilis.

Usiłowano stworzyć inne jeszcze leczenie, a mianowicie biologiczne. W. Sagel (Deutsch. med. Woch. Nr. 19, 1926) ogłosił, iż udało mu się zaszczepić podskórnie żywe krętki blade w 10 daleko posuniętych przypadkach paraliżu (gdzie recurrens nie dał wyniku). Wyszedł on z tego założenia, że przyczyną skrytego i powolnego przebiegu luesu jest brak antyciał. Szczepienie spirochetami miało pobudzić wytworzenie tychże. Na tych 10 przypadków otrzymał w 7 psychiczną i biologiczną poprawę. Natomiast Plautowi próby z takiem szczepieniem się nie udały.

Jahnel i Lange stwierdzili u paralityków bezwzględną odporność na syfilis (u królika zaś względną). To samo twierdzą Hirschl, Levaditi, Marie i inni. Wreszcie Jahnelowi i Langemu udało się przeszczepienie framboezji (München. med. Woch. Nr. 35, 1927) u pacjentki, która przed czteroma tygodniami przeszła malarję leczniczą. Przeszczepienie to odbyło się z człowieka przez królika na pacjentkę. Autorzy ci wysunęli przypuszczenie, że przyczyną rzadkości paraliżu w okolicach tropikalnych może być częsta tamże framboezja. Są to rzeczy ciekawe ale niedecydujące, ponieważ znajdują się w stadjum początkowem badań.

Żadna z powyżej przytoczonych metod leczenia paraliżu postępującego nie wzbudziła takiego zainteresowania i nie rozpowszechniła się w tej mierze co malarja. Malarję stosuje się zwykle

podskórnie lub dożylnie. Szczepienie dożylne daje krótszą inkubację malarji i większą pewność przyjęcia się tejże. Szkoły: wiedeńska (Wagner - Jauregg, Gerstmann, Dattner, Bernhard, Kauder), hamburska (Weygandt, Kirschbaum, Kaltenbach) oraz berlińska (Jossman, Steenarts) stosują metodę podskórną. Szczepi się podskórnie 2 - 4 ccm. krwi, inkubacja wynosi wtedy 6 - 10 dni. Przy szczepieniu dożylnem zastrzykuje się 1 ccm., a inkubacja wynosi 2-3 dni (i więcej).

Dopuszcza się przeciętnie do 12 napadów gorączk. Krew pobierać można od paralityka z malarją nawet w czasie bezgorączkowym. Obraz malarji leczniczej przedstawia zwykle typ „malaria tertiana", rzadko „quartana". Jednak bardzo często zdarza się i quotidiana.Przerywanie odbywa się chininą w ogólnej dawce do 5 g. względnie także i salwarsanem. W malarji leczniczej występują niekiedy komplikacje jak biegunka, żółtaczka, psychoza, inanicja, zaburzenia krążenia. Większość autorów zgadza się, że malarja lecznicza jest łagodniejsza niż malarja naturalna.

Nieregularność inkubacji i przebiegu malarji powodują według Hermanna i Wagnera: 1) salwarsan lub chinina, o ile były podawane na krótko przed malarją leczniczą, 2) sposób szczepienia, 3) różnice grup krwi między krew dającym a odbierającym. A mianowicie przy dożylnem szczepieniu i grupach krwi pomyślnych (niema aglutynacji między krwią dającego a biorącego) najczęściej zdarza się quotidiana, natomiast przy szczepieniu podskórnem i przy grupach krwi niepomyślnych (aglutynujących) najczęściej jest czysta tertiana. Na podstawie tego wysuwają oni następujące wskazania. Jeżeli chodzi o krótkość leczenia i ustrój jest silny, to należy szczepić dożylnie starając się, aby grupy krwi były pomyślne i vice versa.

W Angliji istnieje oryginalna metoda szczepienia żywymi zakażonymi komarami (anopheles). Według Yorke'go sposób ten daje 57% recydyw malarji, a według Bayly'ego 50%. Pomimo to uważają Anglicy ten sposób za korzystny (O'Leary).

Większość zgadza się na to, że najpomyślniejszą dla celów leczniczych jest malaria tertiana jako mniej wyczerpująca ustrój. Malaria quotidiana ma też wiele zwolenników, mimo że bardziej osłabia ustrój.

Wreszcie niektórzy autorzy dają pierwszeństwo malarji tropikalnej. Jednym z pierwszych zwolenników tego leczenia

był Plehn. Znaczna większość autorów, a zwłaszcza Mühlens oraz Rieux, ostro zwalcza malarję tropikalną.

I w dziedzinie leczenia chemicznego po malarji panuje znaczna rozbieżność zapatrywań. I tak Warsztadt przypuszcza, że leczenie salwarsanowe pomalaryczne działa szkodliwie, skracając remisje. Leczenie to za niepotrzebne uważają O'Leary, Schulze, Loberg i inni.

Boeck uznaje je tylko w uporczywych przypadkach zmian płynu mózgowo-rdzeniowego. Szkoły wiedeńska, hamburska i berlińska stosują stale po malarji salwarsan, a czasem też i bizmut. W Anglji dają niektórzy po malarji duże dawki salwarsanu (0,9$\times$6) jak Worster, Drought, Beccle. Zwolennikiem intenzywnej kuracji salwarsanowej po malarji jest także Weinberger. Kuczyński stosuje po malarji rtęć + bizmut + jod, a Nonne rtęć + bizmut. Najradykalniej postępują autorzy, stosujący także i przed malarją leczenie chemiczne. N. p. Feldman i Gurfinkel stosują przed malarją i po niej neosalwarsan, bizmut i jod, a ponadto podczas samej malarji, bizmut. Dodatkowo tylko wspominam o pewnej metodzie angielskiej (Purves — Stewart 1924), gdzie po malarji stosowano salwarsan, a co dwa tygodnie robiono venepunctio i 50 cm. surowicy chorego (salwarsanowanej) wstrzykiwano do cisterna magna wypuszczając przedtem 50 ccm. likworu. Stewart stosował ponadto tak nazw. przez siebie malarję bezgorączkową (tylko 2 ataki).

Jako przeciwwskazania przyjęto późny wiek, inanicję, choroby zakaźne, postacie porażenia daleko posunięte, a przedewszystkiem choroby serca. Ponadto wymienia się choroby płuc, nerek, przewodu pokarmowego. Najogólniej możnaby to wyrazić, że szczepi się tylko osobników, którzy poza p. p. nie mają innych poważniejszych chorób.

Pominąwszy bezwzględnych przeciwników malarji należy wspomnieć innych autorów uznających stosowanie malarji tylko w paraliżu, jak Förster i Bing, lub takich którzy uznają leczenie malarją tylko w neurolues t. j. poza p. p.

Gdy Wagner uważa malarję za całkiem bezpieczną ze względu na możliwość zakażenia otoczenia, to Klink i inni są przeciwnego mniemania. Powrócę do tej kwestji przy końcu referatu.

Mühlens podaje następujące nieodzowne warunki ostrożności. Malarję należy stosować tylko w szpitalu, u osobników silnych, w postaci tertiany, w przypadkach porażenia nie za daleko posuniętych. Nie należy stosować malarji tropikalnej. Wskazania-

mi do natychmiastowego przerwania kuracji są ostre zaburzenia, silne wycieńczenie lub icterus. Paralityków leczonych malarją można zwalniać do domu dopiero, gdy są wolni już 4 tygodnie od plazmodji. Hermann dzieli paraliż na dwie grupy co do wskazań do malarji. Do pierwszej grupy należą postacie paraliżu początkowego, manjakalne i proste dementywne. Tu malarję stosować wolno. Do grupy drugiej, gdzie malarja jest zabroniona, należą formy daleko posunięte, starcze. juwenllne i galopujące.

Dotychczasowe badania w celu zrozumienia istoty działania malarji nie dały zadawalających wyników. W r. 1923 Sträussler i Koskinas znaleźli na sekcji silne zmiany zapalne mózgu, na skutek czego określili działanie malarji jako wzmożenie zapalenia i mobilizację wszystkich sił ochronnych ustroju przeciw spirochetom. Wynikiem zaś tego jest cofanie się zapalenia specyficznego i ustanie niszczenia tkanki mózgowej. W przypadkach Bratza, gdzie śmierć nastąpiła wkrótce po malarji, nie znaleziono wogóle spirochet w mózgu, ale nie wykazano też zmian regresywnych zapalenia paralitycznego. E. Forster ogłosił w 1925 r. badania dotyczące trzech przypadków paraliżu po malarji. Zrobił on punctio cerebri (na żywych) i w materjale tak otrzymanym znalazł w dwu przypadkach spirochety, a w dwu zmiany typowe dla porażenia. Dlatego też wystąpił przeciw twierdzeniu Gerstmanna, że wykazano w mózgu pomyślne działanie malarji.

Hoff i Silberstein (1925) badali mechanizm działania malarji. Badania te wykazały, że likwor i leukocyty leczonych malarją działają unieruchomiająco na spirochety. Płyn i leukocyty nieleczonych tego działania nie mają (Index opsoninowy krwi i płynu wzrasta podczas gorączki, co się częściowo utrzymuje i po zimnicy). Ci sami autorzy przeszczepiali substancję luetycznych jąder na króliki. Przeszczepianie to nie udawało się, jeżeli materjał do szczepienia poddano przedtem działaniu likworu i leukocytów paralityków leczonych malarją. Wywnioskowali oni, iż zimnica uruchamia siły obronne, niszczące spirochety, które to siły mogą dostać się do krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego. Szusterówna (Lwów), badając trzy przypadki, u których śmierć nastąpiła w 6 tygodni po malarji, znalazła w oponach i w mózgu wyraźne ślady zaostrzenia chronicznego procesu zapalnego paralitycznego oraz nacieki limfocytów a mało komórek plazmatycznych. Zaś w 6 przypadkach, gdzie zejście nastąpiło w późniejszych okresach (a poprawy nie było), stwierdziła ślady takiej przebytej egzacerbacji oraz nacieki limfocytów.

Gurevič znalazł także różnice w obrazach anatomo-patologicznych mózgów pochodzących od osobników, leczonych i nieleczonych malarją.

Paoletti zbadał hematologiczny obraz paraliżów nieleczonych i leczonych zimnicą.

W przypadkach nieleczonych była limphopenia, leukopenia (wielojądrzaste) i zwiększenie ilości monocytów. Po malarji stwierdził on lymphocytozę, zwiększenie leukopenii i nieznaczne powiększenie ilości monocytów. Wreszcie Kafka znalazł zmiany krwi i płynu (fibrynogenu, chlorków, szybkości opadania krwinek, lepkości i ilości białek).

Jeżeli mam przejść teraz do tłómaczeń leczniczego działania malarji, to zacznę od zapatrywań Wagnera.

Twórca tej nowej metody leczniczej uważa, że następuje bezpośrednie niszczenie spirochet oraz działanie organotropowe w postaci silnego odczynu zapalnego mózgu.

Za tem tłómaczeniem przemawiać mogą badania Sträusslera i Koskinasa, Bratza oraz Szusterówny. Reese i Peter mówią o działaniu malarji przez rozszerzenie naczyń i leukocytozę.

Zaznaczam, iż Wagner uważa malarję za leczenie uzupełniające leczenie chemiczne, a nie mogące je zupełnie zastąpić i usunąć.

Sicard przyjmuje rozszerzenie naczyń mózgu, leukocytozę i zwiększenie przepuszczalności opon jako następstwa zimnicy leczniczej.

Fleck oraz Maty nie uznają żadnej z teorji tłómaczących działanie tego leczenia, uważając, że istota działania jest nieznana, a to dlatego, iż nie znamy w całej dokładności patogenezy paraliżu. Inni badacze nie próbują dokładniej zobrazować nam działania zimnicy i zadawalają się twierdzeniem, że jest ono inne niż działanie proteinoterapji (Schilling). Według Weichbrodta następuje znaczna przemiana białek w ustroju malaryka, co powoduje takie przestrojenie jego organizmu, że spirochety już w nim żyć nie mogą.

O przestrojeniu mówi też Kafka i opierając się na swoich badaniach, sądzi, że w malarji leczniczej mamy do czynienia z silną przemianą soków ustroju, która przenosi się na płyn mózgowo-rdzeniowy bądźto bezpośrednio, bądź drogą nerwową.

Autor ten dodaje, że można przyjąć też tłómaczenie Donatha i Heiliga, że zmiany likworu są następstwem odczynu ogniskowego mózgu.

Kafka zaprzecza pozatem istnienie meningitis malarica.

Inne jest tłómaczenie Plehna, zwolennika leczenia malarją tropikalną. Według niego z plazmodji, ginących w ataku malarji, powstaje we krwi obce białko, które działa specyficznie. Przypuszcza on także działanie toksyn na mózg.

Weygandt i Kirschbaum wspominają o aktywowaniu antyciał luetycznych przez wytwarzające się antyciała malaryczne, przyczem nie uznają teorji głoszącej, że leczniczo działa w malarji gorączka. Forster, jak już wyżej wspominałem, nie uznaje zapatrywań Gerstmann'a, że malarja wywołuje pomyślne zmiany histologiczne w mózgu.

Oppenheim ogranicza się do ogólnej i nic nie mówiącej wzmianki, iż malarja lecznicza działa inaczej niż naturalna. Wszystko to, co przytoczyłem, uważam tylko za przypuszczenia, nie mogące nas w zupełności zadowolić i trafnym wydaje mi się sąd Forstera, Flecka i innych (patrz wyżej), że dopóki nie znamy we wszystkich szczegółach patogenezy paraližu, dopóty nie możemy wypowiadać się za żadną z teorji, tłómaczących działanie zimnicy. Co do wyników leczenia malarją w paraliżu postępującym, podaję tylko same fakta, rozważania zaś krytyczne umieszczam na końcu tego referatu. Zacznę od autorów, którzy mieli wyniki najlepsze, i stopniowo przejdę do wyników złych.

Na pierwszem miejscu należy wymienić klinikę Wagnera.

W artykule swoim w Psych. neurol. Woch. z roku 1918/19, Nr. 21/22, podał Wagner wyniki następujące: Na 11 przypadków, które poddano leczeniu malarycznemu, otrzymano w 7 zupełną remisję, przez co rozumiał Wagner zupełne odzyskanie zdolności do pracy zawodowej. W dalszych 2 przypadkach nastąpiła powolna poprawa psychiczna, a ostatnie 2 nie doznały poprawy.

Współpracownik Wagnera J. Gerstmann ogłosił w r. 1923 (Zeitschrift f. d. Gesamt. Neurol. u. Psychiatrie, Band 81, Heft 3-4), dalsze wyniki kliniki wiedeńskiej. Całkowity materjał wynosił wtedy 294 paralityków, z czego 92 nie doznało poprawy, natomiast w 202 przypadkach było polepszenie. Z tych 202 pełnych remisji było 112 (należy jednak zaznaczyć, że były to przeważnie początkowe okresy paraliżu).

W pracy swojej z r. 1924 podał Gerstmann wyniki ogólne następujące: 40% remisji pełnych, 30% popraw, 30% bez wyniku. Przyczem 3 przypadki miały remisje trwające już $6^1/_2$ lat.

Ten sam autor opisał t.zw. kompleks halucynacyjno-paranoidalny, występujący niekiedy w malarji leczniczej i to albo przejściowo (a potem następowała pełna remisja) albo na stałe (wtedy remisje były niezupełne). Gerstmann sądził, że chodzi tu o wywołaną przez malarję przemianę paraliżu w kiłę mózgu jako wyraz zwiększenia się odporności mózgu po zastosowaniu malarji.

Również Schulze (1925) opisał częste halucynozy w zimnicy leczniczej. Jossmann (1926) podał, że w 10 - 12 % porażeń leczonych malarją występują psychozy (halucynacje, stany paranoidalne, amentia), które są podobne do psychoz wikłających malarję naturalną, a nie są wcale (jak chce Gerstmann) etapami do remisji.

Co do wyników szkoły wiedeńskiej, to dodam, że w pracy z roku 1928 (Wien. med. Woch. Nr. 1) podaje Wagner, że przeciętnie liczba pełnych remisji wynosi 20 - 30%.

Przejdę do wyników kliniki Hamburga. W odczycie wygłoszonym w r. 1921 na Kongresie niemieckich psychjatrów w Dreźnie, podali Weygandt i Kirschbaum wyniki otrzymane w 50 przypadkach p.p. Pełnych remisji było 12 (24%), częściowych 12 (24%). popraw 20 (40%), bez poprawy 5 (10%), pogorszenia 1 (2%). Jednak przyznali sami autorzy, że leczyli przypadki mało posunięte. Według nich remisje terapeutyczne są częstsze, wcześniej występują i dłużej trwają niż spontaniczne. Nie znaleźli oni wyraźnego paralelizmu między poprawą kliniczną a serologiczną (Wyżej wymieniona praca obejmuje materjał za czas dłuższy niż praca Weygandta i Mühlensa z r. 1919).

Weygandt podał w r. 1923 na posiedzeniu naukowem w Hamburgu następujące wyniki: za rok 1922 i 1923 miał przeszło 50 proc. zdolnych do pracy.
W pracy tej jest już mniej optymizmu co do uleczalności jak w pracach poprzednich.
Najlepiej działała malarja w paralysis progr. expansiva.

W r. 1923 Kirschbaum i Kaltenbach w pracy swej uznają przypadki porażenia daleko posunięte lub szybko postępujące za nienadające się do leczenia zimnicą oraz ogłosili przypadki, gdzie mimo poprawy stanu likworu obraz psychiczny nie uległ zmianie na lepsze. Według nich ze zmian patologicznych płynu mózgordzeniowego najłatwiej cofa się pleocytoza, trudniej białko, a najtrudniej dodatni Wassermann. Znaleźli również, że w pogorszeniach nastąpujących po remisjach, zmiany likworu występują w kierunku odwrotnym jak przy poprawach.

Przechodzę do wyników kliniki berlińskiej. W r. 1923 ogłosili Jossmann i Steenarts następujące wyniki. Leczyli malarją 74 przypadki paraliżu. Z tego mieli remisji 21, następnie małych popraw 16, ze'ść śmiertelnych 12 (!), a reszta bez poprawy. Schulze (Dalldorf) podał w dyskusji po tym referacie Jossmanna i Steenarts'a swoje rezultaty w postaci 44 proc. pełnych remisji a 17% zgonów.

W r. 1924 podali znowu Jossmann i Steenarts swoje wyniki. Na 100 przypadków leczonych było pełnych remisji 21 proc., 28 proc. popraw, 39 proc. bez wyniku, a 12 proc. exitus.

Schulze miał według pracy z r. 1927 na 1000 przypadków paraliżu oraz tabesu wśród mężczyzn 49,7 proc. dobrych wyników (36,2 proc. remisji). U kobiet były rezultaty gorsze. Według tego autora zimnica skraca czas leczenia paraliżu o 1/3, a daje więcej remisji, które to remisje są lepsze i dłużej trwające niż remisje spontaniczne lub otrzymane innemi metodami leczenia.

Optymistycznie o wartości leczenia malarycznego wyrażają się Marburg, Bratz i Gans. Ten ostatni otrzymał remisje w przypadkach porażenia daleko posuniętych. Plehn miał 2/3 popraw, z czego połowa były remisje. Reese i Peter otrzymali 50,6 proc. remisji. Untersteiner i Nonne mieli też dobre wyniki. Weinberger miał aż 65 proc. polepszeń, lecz dotyczyły one głównie innych schorzeń kiłowych centralnego układu nerwowego a mniej porażenia.

Do zwolenników malarji terapeutycznej należą Paulian (40 proc. remisii), Décsi, Worster, Aguglia, D'Abundo, Mac Alister, (50 proc. popraw), Modenc i de Paoli (50 proc. popraw), Yorke i Macfie, Bouman, Artwiński (46 proc. popraw, 14 proc. exitus), Balogh, Donner, Graham Norman (50 proc. popraw), O'Leary, Balint, Claude i Targowla, Loberg, Feldman i Gurfinkel (29,1 proc. pełnych remisji, 35,5proc. popraw, 14,6 proc. śmierć), Maty (65 proc. popraw) i inni. Hegedüs miał najlepsze wyniki, bo 32 proc. zdolnych do pracy, a 68 proc. popraw, zaś w lues cerebri 100 proc. wyleczeń, w tabes 55 proc. zdolnych do pracy, a 45 proc. polepszeń.

Przechodzę do autorów, którzy otrzymali wyniki mierne i są powściągliwi w ocenaniu wartości malarji leczniczej.

Już Jossmann i Steenarts (patrz wyżej) akcentują subjektywność różnych pisarzy w ocenianiu swoich wyników oraz w określaniu pojęcia remisji, i podkreślają, że zimnica powoduje tylko

ustanie egzacerbacji specyficznego procesu chorobowego, a nie powrót do normy.

Wyniki mierne podali Herzig, Levis, Bunker i Kirby, Lake, Somogyi, Warstadt, Fleck, Kaldewey, Leroy i inni.

Do autorów, których rezultaty były mało pomyślne, należą Janzen i Hutter (klinika amsterdamska), Sicard i Haguenau, Ch. Jacob (klinika w Królewcu) i wielu innych.

Wielką ostrożność w ocenianiu malarji zalecają Fleck, Gloria, Pacheo e Silva, Macbride i Templeton, Hoche, Marie, Kihn, Jahnel, Schneider, Sierra, Bing i inni.

Przeciwni leczeniu malarycznemu są: Hesnard, Forster, Sioli, Redlich, Mestchersky, Al. Piotrowski i inni.

Próbę rozbioru krytycznego tych wszystkich wyników zamieszczam na końcu tego referatu. Przedtem jeszcze chcę wspomnieć o profilaktyce paraliżu oraz o leczeniu malarją luesu.

Już wyżej wspominałem o sporze co do znaczenia salwarsanu w leczeniu syfilisu dla zapobiegania porażeniu (patrz początek). Na tem miejscu nadmienię jeszcze, że jeżeli chodzi o leczenie chemiczne luesu, to gdy jedni jak Nissle oraz wielu zwolenników malarji uważają brak tegoż leczenia za jedną z ważnych przyczyn p. p., to inni jak Meissner, Levin, Marburg, Rubenson i t. d. samo to leczenie obwiniają o przyczynianie się do powstawania tej choroby. K. Meissner podał statystykę luetyków ze zmianami chorobowemi płynu mózgowo-rdzeniowego, w której wśród nieleczonych luetyków spotykamy zmiany likworu w 31 proc., a wśród leczonych w 53 proc. przypadków.

W kwestji leczenia luesu malarją i związanego z tem zagadnienia, jakie jest znaczenie malarji dla zapobiegania powstaniu paraliżu, panuje rozbieżność poglądów. Jedni jak Wagner, Marie i Chevallier, Arcangeli, F. Bering, Scherber twierdzą, że malarja jest niezbędnem leczeniem luesu i że jest pewną profilaktyką paraliżu. Jeszcze inni sądzą, że należy próbować leczenia malarją luesu późniejszego, ale że to leczenie nie daje nam pewnych gwarancji profilaktycznych. Są to autorzy tacy jak Meissner, Mucha, Mras, Konrad, Zieler, Finger i inni.

Meissner n. p. leczył 259 luetyków z chorobowemi zmianami likworu malarją i u wszystkich otrzymał polepszenie, a u 57 z nich zupełny powrót płynu do normy. Tak samo Mucha i Mras. Finger miał pomyślne wyniki lecznicze, stosując malarję w syfilisie, lecz uważa on, że na razie nic pewnego powiedzieć w tej sprawie nie można. Tak samo Konrad.

Zieler uważa terapję malaryczną za ułatwiającą leczenie luesu, lecz sądzi, że i bez malarji wczesny lues jest wyleczalny.

Zwolennicy malarycznego leczenia luesu w celu zapobiegania powstaniu zmian kiłowych ośrodkowego układu nerwowego powołują się też na prace autorów z krajów malarycznych, tłómaczących rzadkość paraliżu w tych krajach wielkiem rozpowszechnieniem malarji. I tak Scarpini i Befani donoszą, że według d'Ormea'ego jest malarja częsta na Sardynji, a paraliż bardzo rzadki. L. Kirschner obserwował to samo w Indjach holenderskich.

Podobnie donoszą autorzy tureccy Behdjet i Nazim Chakir oraz badacze argentyńscy Merzbacher i Bianchi. Natomiast Bleuler, Audry, Warstadt i inni mieli w obserwacji paralików, którzy jako luetycy przebyli malarję naturalną a mimoto potem dostali paraliżu. Taki sam przypadek obserwowano w Dziekance.

Znaczenia profilaktycznego malarji (leczenia luesu) dla porażenia zaprzeczają między innymi: Boeck, Förster, Herxheimer, Jeanselme, Jaderson, La Sapère, Bing, Mingazzini i wielu innych.

Po uprzytomnieniu sobie w powyższych rozważaniach obecnego stanu leczenia malarją (tak jak się on przedstawia w dostępnej mi literaturze) łatwiej będzie umiejscowić wyniki leczenia malarycznego paraliżu, otrzymane w Dziekance.

Przedewszystkiem muszę zaznaczyć, że materjał, z którego podaję wyniki, stanowili pacjenci, którzy przebyli malarję i dlatego też ograniczę się do krótkiego podania rezultatów, bez bliższego wchodzenia w szczegóły. Chodziło mi bowiem głównie o podanie ścisłych cyfr, z pominięciem rozpatrzenia po koleji wszystkich przypadków, co byłoby zresztą niemożliwością w krótkim referacie.

Wyłączyłem z tego materjału kilka niejasnych przypadków, a zestawiłem tylko te, które pod żadnym względem nie przedstawiały dla mnie wątpliwości. Takich przypadków podaję 83. Z tego odpadają zaraz 4, a to dlatego, że w trzech z nich malarja się nie przyjęła, a w jednym samoistnie wygasła po pierwszym napadzie. A więc podaję tu wyniki odnoszące się do 79 przypadków. Z tego mężczyzn było 73 a kobiet 6. Wszystkie te przypadki obejmują okres tutejszego leczenia malarją od jego początku w r. 1925 do końca roku 1928.

Co do sposobu szczepienia, to z małymi wyjątkami, stosowano szczepienie dożylne ilością krwi od 2 - 5 ccm., najczęściej 3 ccm.

Wiek szczepionych wahał się w granicach od 26 do 60 lat. Z tego lat 60 miało 2 szczepionych, w wieku od 50—59 lat było 14, między 40 a 49 rokiem życia było 31 (w tem wszystkie 6 kobiet), w wieku 35—39 było 15 a 30—34=13, 2 szczepionych miało 29, jeden 28 i jeden 26 lat.

Inkubacja malarji wynosiła od 1—18 dni, najczęściej spotykany czas inkubacji wynosił 6 dni, przeciętnie było 6—12 dni.

Czas trwania leczenia wynosił od 5 dni do 1 1/2 miesiąca, przeciętnie 14—30 dni.

Ilość napadów wahała się od 1—37, w znacznie przeważającej większości 10—15.

Przerywano malarję chininą per os, podawaną przez kilka do kilkunastu dni.

Najczęstszy typ gorączki był febris quotidiana (wszystkie kobiety!) lub do niej zbliżony.

Wśród tych 79 przypadków 70 było paralysis progressiva, a 9 tabo-paralysis (sami mężczyźni). Rzadko były to postacie początkowe lub daleko posunięte.

Wyniki przedstawiają się następująco. Na 79 leczonych zmarło podczas malarji 2, a wkrótce po malarji 7. Śmiertelność więc po malarji wynosiła 9 przypadków (11,3 proc). Bez wyniku było 46, w tem 9 zmarło w późniejszy czas po leczeniu, pogorszenie było w 2 przypadkach, a bez zmiany pozostało 35.

Polepszenie nastąpiło w 24 przypadkach. Z tego jednak tylko w 8 była remisja, wyleczenie socjalne (zupełny powrót zdolności do pracy zawodowej). W pozostałych 16 było polepszenie często małego stopnia. A więc procentowo 24 polepszeń = 30,24%.

Remisji było 8 czyli 10 proc.

Z tych 24 tylko 2 pozostało w Zakładzie, a 22 zwolniono.

Ten ostateczny wynik 30,24 proc. (remisji 10 proc.) jest nawet gorszy nieco od wyników leczenia salwarsanowego paraliżu w Dziekance, ogłoszonych na Zjeździe psychjatrów polskich w r. 1924 w Lublińcu przez Bielawskiego, a opracowanych z polecenia dyrektora Piotrowskiego (patrz Nowiny Psychjatryczne 1924, zeszyt 7, gdzie cyfra polepszeń wynosiła za trzy lata 32,7 proc.

Wyniki te uzasadniają sceptyczne stanowsko, jakie zajął Al. Piotrowski od samego początku odnośnie do leczenia malarją porażenia postępującego na podstawie własnych doświadczeń przedwojennych gorączkowego leczenia paraliżu oraz wniosków logicznych.

Co do leczenia chemicznego po malarji, to robiono je w Dziekance tylko w pewnej małej części przypadków, a to dlatego że chodziło przedewszystkiem o próbę wartości malarji leczniczej. Zaś wyników otrzymanych po leczeniu kombinowanem nie można odnosić do samej malarji, to znaczy nie można z tych wyników wnioskować o leczniczej wartości malarji. Ciekawem jest, że w tych przypadkach, w których stosowano na próbę owo leczenie kombinowane, nie otrzymano poprawy (zaznaczyć należy, że nie robiono specjalnego wyboru tych przypadków).

Na podstawie wyżej przytoczonych wyników badań oraz zapatrywań różnych autorów stwierdzamy, że jak to już na wstępie wspomniałem, istnieje rozbieżność poglądów oraz różne jest stanowisko lekarskie poszczególnych badaczy wobec tej ważnej dziedziny leczenia nowoczesnego.

Odrazu chcę zaznaczyć, że zdaniem mojem słuszność jest po stronie tych pisarzy, według których leczenie malarją nie daje wyraźnie lepszych wyników niż inne sposoby leczenia paraliżu. Poniżej postaram się to uzasadnić.

Uważam, że najbardziej miarodajnymi są wyniki leczenia. Co zaś do innych, dodatkowych, że tak powiem, prób uzasadnienia wielkiej doniosłości leczenia malarycznego, to wszystkie argumenty (dotyczące innych spraw a nie rezultatów leczenia) są nieprzekonywujące, taksamo jak i wyniki malarji leczniczej, albowiem istnieją równie silne kontrargumenty.

Chodzi tu o leczenie luesu malarją i o rzadkość paraliżu w krajach malarycznych. Starałem się kwestje dotyczące leczenia malarją rozwinąc w poprzednich rozdziałach, wstrzymując się wtedy od wszelkich uwag krytycznych. Na tem miejscu wypada zająć stanowisko krytyczne wobec spraw powyżej omawianych. Cały materjał argumentacyjny dzielę na 6 części, z których ostatnią i najważniejszą będzie część, traktująca o krytycznem stanowisku wobec wyników klinicznych malarji leczniczej.

1) Po pierwsze, co do wartości profilaktycznej malarji w luesie w odniesieniu do porażenia postępującego, to za malarją przemawiać ma rzadkość paraliżu w krajach malarycznych, zwłaszcza egzotycznych (patrz wyżej).

Nieliczne występowanie paraliżu okazało się w niektórych krajach następstwem niskiego tam stanu medycyny wogóle, a djagnostyki w szczególności. W Japonji spotykano dawniej paraliż

rzadko, obecnie jest on równie częsty jak w Europie, co tłómaczy się rozwojem medycyny w tym kraju.

Większość krajów malarycznych (egzotycznych) stoi na niskim stopniu cywilizacji, więc mało ludzi się leczy; statystyki w tych krajach przeprowadzić nie można; przez co samo już wogóle trudno ściśle mówić o rzadkośći paraliżu. tembardziej, gdy nieznaną jest dokładniej częstość syfilisu w tych krajach. Następnie uwzględnić należy szkodliwości cywilizacji jako przyczynę częstszego występowania luesu i paraliżu (patrz wyżej). O tem szkodliwem działaniu cywilizacji w sensie większego osłabiania ustroju można przy dzisiejszym stanie patologji mówić z całą pewnością. Wskazują na to liczne fakta zarówno z zakresu całej patologji jak i nauki o kile i paraliżu (stosunek procentowy chorób kiłowych i innych chorób u narodów o wysokim przemyśle do narodów rolniczych, stosunek wsi do wielkich miast). Wreszcie, co jest bardzo ważne, są liczne i rozległe okolice malaryczne n. p. Francji i Niemiec, a paraliż jest tam równie częsty jak w okolicach niemalarycznych.

Następnie przytaczano jako fakt, przemawiający za malarją, obserwacje, że luetycy, którzy przeszli malarję, nie dostawali chorób kiłowych centralnego systemu nerwowego. Są jednak liczne obserwacje ludzi, którzy jako luetycy przebyli malarję naturalną a mimo to dostali potem paraliżu (Bleuler, Audry, Warstadt i inni — patrz wyżej!). To doświadczenie mamy także w Dziekance.

2) Po drugie, wyniki leczenia luesu malarją przemawiają także mojem zdaniem przeciw malarji. Wczesny lues jest, jak wiemy, uleczalny środkami terapji chemicznej (salwarsan, bizmut, rtęć), a więc i bez malarji. Tutaj leczenie chemiczne odniosło pełny sukces. Chodzi więc tylko o lues późniejszy (wysypki wtórne stadjum drugorzędnego, wczesny okres latencji, trzeciorzędne stadjum z późnym okresem latencji). Ale i tutaj dołączenie malarji do leczenia chemicznego a więc leczenie kombinowane nie dało dowodów przekonywujących na korzyść zimnicy. Wyniki nie są dobitne, bo często brak wszelkiej poprawy stanu likworu, a jeżeli jest poprawa, to zwykle tylko częściowa (patrz wyżej). Procentowo rzecz biorąc, wyniki nie przewyższają wyników otrzymanych drogą samego tylko leczenia chemicznego. Większość autorów akcentuje to wyraźnie, że leczenie malarją luesu nie daje gwarancji profilaktycznej odnośnie do ewentualnego wystąpienia potem paraliżu. (Zieler, Konrad, Muchą, Mras, Finger,

Boeck, Förster, Herxheimer, Jeanselme, Jaderson, La-Sapère, Bing, Mingazzini i inni — patrz powyżej).

Wreszcie mojem zdaniem wyników malarji leczniczej w luesie (jak i w paraliżu) nie można tłómaczyć na korzyść malarji i dlatego, że mamy do czynienia nie ze samą malarją, ale z leczeniem kombinowanem t. z. z połączeniem dwu odrębnych metod leczniczych malarji i terapji chemicznej.

Wskutek tego nie można ściśle oddzielić działania malarji od działania salwarsanu, a więc nie można rozstrzygnąć kwestji, co jest zasługą malarji a co salwarsanu. —

3) Po trzecie chodzi o niebezpieczeństwo przeniesienia malarji przez paralityków, leczonych nią, na otoczenie oraz o komplikacje przez malarję spowodowane.

Możliwość przeniesienia zimnicy na otoczenie istnieje mimo zaprzeczenia Wagnera, co zostało udowodnione praktycznie, aczkolwiek w rzadkich przypadkach. Komar anopheles jest w wielu krajach Europy (nawet tych, gdzie malarja jest rzadką) często spotykany. Niebezpieczeństwo rozniesienia zakażenia podkreśla Kling oraz autorzy angielscy. Ważniejsze są powikłania malarji jak wymioty, biegunka, żółtaczka, silne osłabienie i znaczny spadek wagi, psychoza (Jossmann) a przedewszystkiem niebezpieczne osłabienie systemu krążenia. Powikłania te powodują często przedwczesne przerwanie malarji, a więc nieudanie się leczenia, oraz dają znaczną śmiertetność. Wielu zwolenników malarji miało też znaczny procent śmiertelności.

Między innymi śmiertelność ta wynosiła u Weygandta i Mühlensa (1921) 19 %, Yorke i Macfie mieli (1924) aż 23.8 %, Janzen i Hutter (1924) 22.2 %, Artwiński(1924) 14%, Jacob (1924) 18 %, Graham (1925) 20 proc., Somogyi i Büchler (1925) 15 prc., Schulze (1925) 20 prc., Baender (1926) 19 prc., Feldmann i Gurfinkel (1927) 14.6 prc itp. W Dziekance śmiertelność po malarji leczniczej wynosiła 11.3 prc. mimo ostrożności w wyborze paralityków. Należy przytem pamiętać, że chodzi tu o zakład psychjatryczny, a nie klinikę (rzadko paraliż w początkowym okresie), i że statystyka nasza obejmuje okres czterech lat. Uważam, że cyfry te przemawiają także przeciw stosowaniu malarji.

4) W części czwartej niniejszej krytyki poruszę sprawę przeciwwskazań dotyczących stosowania malarji.

Ograniczenia stosowania malarji są u większości autorów znaczne, tak że zwykle stosuje się to leczenie tylko w przypadkach

nie zadaleko posuniętych, następnie w pewnych granicach wieku pacjentów i co najważniejsze, wyklucza się od tego leczenia przypadki z chorobami serca, płuc, nerek, wątroby, wogóle z poważniejszemi schorzeniami somatycznemi, zwłaszcza z inanicją (patrz wyżej wskazania do malarji). A więc leczenie to nie jest dostępne wysokiemu procentowi paralityków. A właśnie najlepszą próbą malarji byłyby wyniki otrzymane w przypadkach daleko posuniętych paraliżu. Tu malarja mogłaby najlepiej wykazać swoją wyższość nad innem leczeniem. Malarja jako nowe leczenie dużej części paralityków (z powodu wyłączenia ich z tej terapji) nic nie przyniosła. Zaś te przypadki przedewszystkiem potrzebują nowego skuteczniejszego leczenia wskutek słabych wyników leczenia chemicznego lub wogóle niemożności stosowania tego (wyniszczenie ustroju, wrażliwość), albowiem przypadki początkowe porażenia są podatne leczeniu chemicznemu i leczenie to daje u nich dobre wyniki (nie gorsze zwykle od malarji, o czem jeszcze mowa poniżej). Jest to według mego mniemania ważny dowód, że malarja nie stanowi wybitnego postępu w terapji paraliżu.

5) Piąta część dotyczy innych gorączkowych sposobów leczenia porażenia.

Głośne niedawno jeszcze leczenie tyfusem powrotnym (febris recurrens) przechodzi w zapomnienie, wyparte przez malarję. Z powodu bardzo dużego podobieństwa tego leczenia do leczenia malarycznego oraz wyników może gorszych od tego ostatniego nie wchodzi tu ono w rachubę. Jedynie możnaby per analogiam wnioskować o podobnym losie leczenia malarycznego. Obecnie są próby wznowienia leczenia gorączkowego niezakaźnego (między innymi proteinoterapji) zarzuconego po roku 1917 - 1919 na skutek rozpowszechnienia się leczenia malarją. Wielu autorów donosi o swoich świetnych wynikach otrzymanych przy stosowaniu tego leczenia (phlogetan, natrium nucleinicum, saprovitan, dmelcos, mleko, ostatnio pyrifer). Między innymi wymienię tu następujących: O. Fischer, Somogyi, Marie i Kohen, K. Schroeder, Siemerling, Moewes, Dielmann, Fabinyi i inni. Wyniki te porównywano też z wynikami po malarji leczniczej i niektórzy mieli mieć lepsze wyniki po tem leczeniu. Jedno jest już obecnie pewne, że leczenie to jest znacznie mniej niebezpieczne od malarji.

6) Przechodzę do rozpatrzenia wyników malarji leczniczej. Większość zwolenników malarji tworzą autorzy niemieccy, ale też w Niemczech ostrą jest krytyka malarji. W tym rozdziale

wymienię po koleji kilka zarzutów przeciwko interpretacji wyników swoich przez zwolenników malarji.

Pierwszym jest ten, że stosują oni leczenie kombinowane, to znaczy, po malarji następuje leczenie chemiczne (głównie salwarsan). Przy tej metodzie nie można i nie powinno się łączyć przyczynowo wyników tylko z malarją, bo wchodzą tu w grę równocześnie dwa najwięcej stosowane sposoby leczenia i istnieje wskutek tego niemożność oddzielenia działania pierwszego z nich od działania drugiego. A wiemy przytem, że wyniki samego leczenia chemicznego, pominąwszy tak samo jak i przy malarji przypadki znacznie posunięte, są dobre (zwykle - jak w Dziekance - nie gorsze od wyników leczenia malarycznego), jak donoszą Forster, Sioli, Sicard i wielu innych (patrz wyżej).

Większość zwolenników malarji stosuje to leczenie kombinowane, przyczem zaznaczam, że leczenie chemiczne pomalaryczne jest wtedy intenzywne! Podkreślam, że właśnie badacze, stosujący owo leczenie kombinowane, otrzymali najlepsze wyniki (Wagner, Weygandt itp.) i właśnie oni twierdzą, że malarja ma znaczną przewagę nad innem leczeniem. A przecież przy stosowaniu razem dwu tych metod leczniczych nie można ściśle oceniać znaczenia zimnicy.

Jako drugi z koleji zarzut wymienić należy liczne, mało pomyślne lub wręcz niepomyślne wyniki przy stosowaniu tego leczenia w porażeniu postępującem.

Nawet Jossmann i Steenarts otrzymali wyniki średnie, mianowicie w r. 1923 podają 28.35 prc., a w r.1924 tylko 21 prc. znaczniejszych polepszeń. Następnie Janzen i Hutter z kliniki amsterdamskiej (1924) orzekli na podstawie swych wyników (33.3 prc. polepszeń, remisji tylko 11.1 prc.) że malarja nie daje lepszej statystyki remisji.

Mierne wyniki mieli też Sicard i Haguenau (1924), następnie Jacob (1924), który miał tylko 28 prc. wyraźnych popraw, wreszcie Fleck (1925) 34.6 prc.

Somogyi i Büchler (1925) mieli remisji 18.75 prc., a polepszeń też 18.75 prc. Autorzy z kliniki Erlangen B. Kühn i Arno Warstadt mieli też słabe wyniki, przyczem ten ostatni otrzymał (1925) tylko 10 prc. remisji!

Taki zwolennik leczenia zimnicą jak Schulze (Berlin - Dalldorf) ogłosił następujące rezultaty tego leczenia w r. 1925, odno-

szące się do bardzo dużego materjału, a mianowicie znaczniejszych polepszeń 36.2prc., a zejść śmiertelnych aż 20 prc.

Wyniki Kaldeweya (Nürnberg) ogłoszone w r. 1928 opiewają za czas 1924-1927 na 30-35 prc. znacznych popraw.

Przykładów takich mógłbym wyliczyć znacznie więcej. Wszystkie one nie przewyższają w sposób wyraźny wyników innego leczenia, a czasem są nawet gorsze (Warstadt). Podkreślić muszę na tem miejscu, że podałem wyniki zwolenników malarji, a pominąłem celowo jeszcze gorsze wyniki zdecydowanych jej wrogów.

Znaczne ograniczenie wskazań do stosowania malarji, brak gwarancji profilaktycznych leczenia malarycznego w luesie co do powstania neuroluesu i porażenia postępującego, poważne komplikacje malarji, oraz w związku z tem wysoka śmiertelność, wreszcie przeważająca ilość wyników nie lepszych od wyników innych metod leczniczych, to nie wszystko jeszcze, co odnosi się do krytyki tego leczenia. Powyżej nadmieniłem krótko o innych metodach leczenia gorączkowego oraz o leczeniu chemicznem.

Obecnie przejdę do rozpatrzenia badań sekcyjnych i histologicznych na materjale po stosowanej zimnicy leczniczej oraz wpływu tejże na chorobowe zmiany płynu mózgowo - rdzeniowego w paraliżu.

Przeważająca ilość badań wykazała, że dodatni odczyn Wassermanna płynu osobników leczonych malarją najczęściej nie ulega żadnej zmianie, czasami poprawia się częściowo, a tylko rzadko staje się ujemnym.

Łatwiej już ustępują inne odczyny patalogiczne likworu (najłatwiej pleocytoza), ale też rzadko się zdarza, aby one zniknęły zupełnie. Modeno i de Paoli oraz Nyirö Gyura (1924) otrzymali względnie korzystne wyniki kliniczne u paralityków leczonych malarją, bez poprawy zmian chorobowych płynu mózgo rdzeniowego. Zwykle ten brak poprawy zmian płynu opisują autorzy, którzy mieli wyniki średnie, słabe lub ujemne.

Następnie ciekawem jest, że w przypadkach, w których takie zmiany w kierunku poprawy tych odczynów patologicznych występowały, nie było zwykle paralelizmu między poprawą psychiczną a serologiczną.

Kwestja przemiany porażenia w kiłę mózgu pod wpływem malarji (Gerstmann, Jacob) spotkała dużo sprzeciwów i nie dostarczono dotąd w tej sprawie przekonywujących dowodów.

To samo odnosi się do wyników badań histologicznych na materjale pomalarycznym.

Istnieją badania wybitnych autorów, świadczące o braku korzystnego działania malarji na spirochety i zmiany histopatologiczne w mózgu. Wspomniałem już powyżej o wynikach Forstera (1925). Tenże robił badania na materjale żywym, otrzymanym przez punctio cerebri u paralityków po malarji. Wyniki jego badań zaprzeczają twierdzeniu Gerstmanna, że w malarji leczniczej znikają spirochety z mózgu i że występują korzystne zmiany histologiczne (regresywne).

Następnie A. Sierra (klinika w Buenos Aires, 1927) znajdywał spirochety w mózgach paralityków leczonych malarją, a nie znalazł owych korzystnych zmian histologicznych.

Przechodzę do ostatniego ustępu dotyczącego ważnej kwestji pojmowania i określania remisji i popraw.

Jest rzeczą pewną, że określanie popraw czy remisji często jest nieścisłe i subjektywne, zresztą uważam, że z natury rzeczy trudne do ścisłego a więc naukowego ujmowania. Już samo pojęcie remisji ma rozmaite znaczenie u różnych autorów.

Najradykalniej określa się remisję jako zupełne wyleczenie kliniczne, ale nie histologiczne. Niektórzy nazywają to pełną remisją. Wiemy, że o zupełnem wyleczeniu paraliżu (także i malarją) w znaczeniu restutitio ad integrum niema mowy. Inni autorzy nazywają remisją wyleczenie tylko psychiczne z poprawą zmian neurologicznych, a inni rozumieją przez tę nazwę tylko znaczną poprawę, t. z. wyleczenie socjalne, a więc odzyskanie zdolności współżycia obywatelskiego oraz możność powrotu do pracy zawodowej. Mam wrażenie, że właśnie to ostatnie pojmowanie remisji jest najwięcej rozpowszechnione. Chodzi tu o przypadki z pewnymi defektami psychicznymi oraz z wyraźnemi zmianami neurologicznemi. Subjektywność w określaniu remisji posuwa się u niektórych do tego stopnia, że powrót chorego do domu i możliwość wykonywania lżejszych obowiązków nazywają remisją.

Dodać należy, że dużo autorów, podając swoje wyniki, często nie dodaje zupełnie, co rozumie przez remisję, co przez częściową remisję, co jest znaczną poprawą, a co tylko poprawą. To rozliczne segregowanie stopnia polepszenia jest często spotykane u zagorzałych zwolenników (Weygandt) malarji oraz u badaczy donoszących o swych pierwszych wynikach. Wzbudza ono a priori zastrzeżenia, a jeżeli podział ten nie jest uzasadniony przez autora,

natenczas wartość całej pracy jest problematyczna z punktu widzenia naukowego.

Naturalnie że nazywanie remisją, powrotu chorego do domu wraz z możnością wykonywania lekkiej pracy mija się z pojęciem remisji, jako powrotu do zdrowia w znaczeniu niefachowego otoczenia (w znaczeniu socjalnem).

Jeżeli istnieje tak wielka rozbieżność i subjektywność w pojmowaniu remisji to prostem jest, iż wynika z tego nieścisłość statystyk rezultatów leczenia malarją a więc niemożność krytycznego porównywania ze sobą wyników różnych klinicystów. Nie można przecież dojść do jednolitego poglądu, czy nawet porozumienia, gdy to co jeden nazywa pełną remisją, drugi nazywa remisją, inny znów znaczną poprawą, a wróg malarji tylko poprawą. I dlatego ogłoszenia wszelkich wyników wogóle, a optymistycznych w szczególności, nie mogą być uważane za dogmat, jeżeli chodzi o granice cyfrowe. A przecież to ma znaczenie zasadnicze. Inaczej przedstawia się wartość malarji leczniczej, gdy remisji jest 50 prc., a inaczej gdy 10 prc.

W samym obozie zwolenników malarji odezwały się głosy krytyczne.

Jossmann i Steenarts przyjmują za najlepsze pojęcie remisji określenie Schroedera, że remisja jest to czasowe ustanie egzacerbacji specyficznego procesu chorobowego, czego wynikiem jest powrót zdolności do pracy zawodowej i współżycia obywatelskiego. Podobnie określają remisję liczni badacze jak Marie, Hoche, Goria, Schneider, Fleck i inni. Jossmann i Steenarts uważają następnie za rzecz pewną, że remisji występujących dopiero po kilku miesiącach (jest to właśnie bardzo częste zjawisko, co podkreślam) po przeprowadzonem leczeniu malarycznem nie wolno wiązać przyczynowo z malarją, co opiera się na obserwacji i znajomości remisji spontanicznych.

Wielką zasługą tych autorów, jak również i Flecka, jest podkreślenie przez nich różnego i subjektywnego oceniania rozmaitych pisarzy stanu zdolności do pracy zawodowej. Ocena ta opiera się zwykle na podaniach pacjentów lub ich otoczenia niefachowego nastrojonego optymistycznie (katamneza). Otoczenie to ma dla takich „wyleczonych" z natury rzeczy pewne względy zwłaszcza, mając w pamięci ich stan przed leczeniem malarycznem.

Ważnem jest następnie mojem zdaniem, uwzględnianie w tych ocenach stanu powrotu zdolności do pracy zawodowej, tak-

że rodzaju tej pracy (praca fizyczna a umysłowa) i różnego bardzo stopnia samodzielności i odpowiedzialności, jakiego wymagają różne zawody.

Uważam, że te wszystkie rozważania na temat określania remisji, mają duże znaczenie i sądzę, że gdyby autorzy optymistyczni uwzględniali je w swoich krytykach i statystykach, otrzymaliby napewno zupełnie inne wyniki. niż je podają. Następnie wiemy, że remisje są względne (Goria, Pacheo e Silva, Macbride, Templeton, Jacob, Fleck, Sicard, Marie, Hoche, Schneider etc). W ocenianiu wyników popełnia się mojem zdaniem jeszcze jeden ważny błąd. Mianowicie doświadczenie w zakładach uczy nas, że duży procent zwolnionych z polepszeniem a nawet remisją wraca często już po 3-4 mieciącach do zakładu w stanie takim samym lub nawet gorszym jak przed leczeniem malarją, taksamo przypadki wypisane z klinik i szpitali w stanie remisji czy polepszenia przybywają następnie po krótkim czasie do zakładu dla powtórnego leczenia. Procent tych przypadków jest duży. Otóż remisji czy polepszeń trwających 3-4 miesięcy, jeżeliby nawet miały na tę nazwę zasługiwać, nie powinno się brać pod uwagę przy krytycznem ocenianiu wyników malarji. A właśnie oceny z klinik i szpitali wychodzące popełniają ten błąd. Dodam, że takich krótkich popraw spontanicznych jest obecnie dużo i było ich także dużo przed leczeniem malarją.

Powtarzam w związku z tem to, co wyżej już nadmieniłem, że bardzo ważnym jest postulat Jossmanna i Steenartsa, aby wszelkich popraw występujących w kilka miesięcy po malarji nie zapisywać na jej dobro, albowiem poprawy spontaniczne występują niespodziewanie i są dosyć częste. Naturalnie, że nie tylko przy ocenianiu remisji, ale także i popraw istnieją te same wyżej przytoczone błędy· Ponadto wielu autorów w statystyce popraw umieszcza polepszenia wręcz nieznacznego stopnia, lub tylko somatyczne (stan wagi itp.), występujące bez zmian psychicznych i neurologicznych. Gdy uwzględnimy nieścisłość statystyk wyników, powodowaną wyżej wyszczególnionymi błędami, wysoką śmiertelność na skutek tego leczenia (wogóle jego liczne niebezpieczeństwa), względny stopień popraw, wyniki badań histologicznych i serologicznych oraz wyniki innych sposobów leczenia, to sądzę, że musimy przyjść do ostatecznego wniosku, że leczenie malarją nie daje lepszych wyników, daje często gorsze, a w znacznie wyższym stopniu naraża ustrój na dalsze osłabienie.

W konsekwencji powyższych uwag krytycznych wypada, ażebym sprecyzował w tym względzie, co rozumiemy w Dziekance przez remisję. Rozróżniamy tylko remisję i poprawę. Remisja istnieje wtedy, gdy pacjent wrócił do równowagi psychicznej, gdy doszedł do pełnej świadomości swego stanu, gdy uzyskał z powrotem pełnię krytycyzmu, gdy czynność umysłowa tak analityczna jak syntetyczna odbywa się bez takich błędów, które zwykle się już uważa za usterki chorobowe. A więc na konkretnym przykładzie postulat ten bywa urzeczywistniony, jeżeli n. p. sędzia paralityk wrócił do takiego stanu psychicznego, że czynności sędziego może pełnić z tą samą sprawnością jak się to działo przed chorobą. Natomiast stan poprawy istnieje wtedy, gdy ostre objawy chorobowe zniknęły albo złagodniały do tego stopnia, że pacjent nie potrzebuje już opieki zakładowej, lecz może przebywać w opiece rodzinnej we własnym domu i zatrudniać się lżejszemi zajęciami. Na tej zasadzie obliczono procentalny stosunek remisji i popraw w Dziekance, który wynosił 30, 24 prc., a procent ten był nawet nieco niższy od odsetek otrzymanych w okresie, gdy malarji nie stosowano.

Wywody te uzasadniają, mam wrażenie, dostatecznie pesymizm względem malarji leczniczej, jaki od lat panuje w Dziekance.

Uważam sobie za obowiązek podziękować na tem miejscu Panu Dyrektorowi Piotrowskiemu za przekazanie mi powyższego tematu oraz za cenne rady i wskazówki przy opracowaniu referatu.

* * *

Hôpital Psychiatrique public de Dziekanka — Dir. Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI.

Le traitement de la P. G. par la malaria et les résultats obtenus à Dziekanka.

Par Le Dr. St. Świerczek.

Rapport préparé pour le XIIIème Congrès des Médecins et des Naturalistes Polonais à Wilno, le 26—29 Septembre 1929.

L'auteur passe en revue la bibliographie du traitement de la P. G. par la malaria, prenant en égale considération l'opinion optimiste et pessimiste sur l'effet du traitement et cite les expériences faites à Dziekanka sur 79 personnes traitées dans les dernières trois années par la malaria où il est survenu 11,3% de décès et 30,24% seulement de guérisons, y compris 10% de rémissions.

L'auteur passe ensuite à l'appréciation des écrits de ceux qui partent d'un point de vue fondamental.

Il s'oppose aux optimistes en soulignant avant tout la nuisibilité de la malaria qui souvent était la cause du décès (en quelques statistiques la mortalité causée par la malaria dépassa 23%).

L'auteur constate le fait que la statistique établie par des auteurs optimistes devient chaque année de moins en moins favorable à leur point de vue; il combat leur principe de se servir au profit de la malaria des résultats du traitement combiné (malaria + traitement chimique).

Bien des savants optimistes ne prennent pas compte des rémissions spontanées. Déjà par suite de réflexions théorétiques, on avait à Dziekanka une opinion pessimiste par rapport à la malaria comme agent curatif contre la P. G.

Les recherches entreprises à Dziekanka pendant les dernières années prouvent que cette opinion était fondée. On le voit le même du fait que les statistiques des auteurs optimistes signalent depuis quelque temps chaque année un moindre pourcent de guérisons ou d'amélioration de la paralysie générale au moyen de la malaria.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka
Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

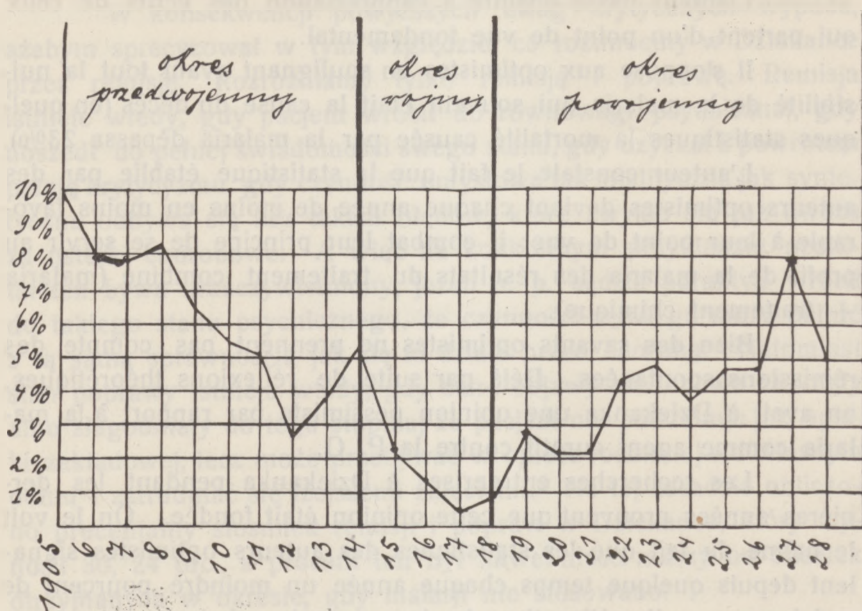
Rozważania o alkoholiźmie na tle stanu zachorzeń psychicznych alkoholowych w Dziekance przed wojną i po wojnie światowej.

Skreślili
Dr. WACŁAW GORZKOWSKI i Dr. HENRYK ZAJĄCZKOWSKI.

Referat zgłoszony na XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich we Wilnie w dniach 26—29. IX. 1929.

Zadaniem naszem jest przedstawić stan zachorzeń alkoholowych w Zakładzie Psychjatrycznym Dziekanka w okresach przed wojną i po wojnie światowej. Ponieważ wojna światowa wypełnia okres 4 - ch lat, a warunki życia w tym okresie były inne niż przed wojną i po wojnie, przeto i ten okres traktujemy oddzielnie.

Dzielimy zatem czas od roku 1905 do 1928 na 3 okresy:
I. okres przedwojenny (od 1905 - 1914),
II. „ wojny światowej (od 1915 - 1918),
III. „ powojenny (od 1919 - 1928).



Jeżeli przyjrzymy się powyższemu wykresowi, to zauważymy, że pomiędzy I. a II. okresu istnieje ostra granica, którą stanowi rok 1914, okres II. natomiast przechodzi stopniowo w okres III. wyraźnej granicy tutaj niema.

Ilość zachorzeń alkoholowych w okresie przedwojennym była bardzo duża. Krzywa jednak wykazuje tendencję do opadania. Świadczą o tem już choćby tylko 2 krańcowe punkty: rok 1905, w którym ilość tych chorób wyraża się cyfrą 10 prc., i rok 1914, gdzie ilość ta spada do 5,2 prc. A trzeba uwzględnić fakt, że w roku 1914 przyjęto do Zakładu ogółem stosunkowo więcej chorych niż w latach ubiegłych. W tym roku następuje nagłe załamanie się krzywej; krzywa stromo opada, dając kolejno następujące cyfry: 5,2 prc., 2,3 prc., 1,7 prc., 0,57 prc., 0,66 prc. Okres powojenny natomiast cechuje się powolnym ale stałym wzrostem ilości zachorzeń alkoholowych.

Pewien, nieznaczny zresztą spadek krzywej mamy w roku 1924. Także rok 1928 wykazuje w stosunku do 1927 dość znaczne obniżenie się krzywej, atoli w stosunku do roku 1926 i lat ubiegłych liczba zachorzeń alkoholowych jest większa. Jeżeli rozważymy kwestję udziału kobiet, to na podstawie naszych obliczeń dojdziemy do wniosku, że udział ten jest dość nieregularny - w je-

dnych latach występuje, w innych nie, jednakże da się zauważyć, że w czasie od 1905 do 1912 r. udział kobiet w zachorzeniach alkoholowych naogół określał się cyfrą 11 prc.

W czasie od 1913 do 1924 ilość ta spadła do 1.3 prc., w ostatnich zaś czasach znów się zwiększyła, bo na ostatnie 4 lata przypada 3.7 prc.

Na podstawie danych stwierdzamy, że udział mężczyzn w zachorzeniach alkoholowych przedstawia się w cyfrach progresywnych od 0.55 prc. do 10 prc. ogólnej liczby chorych, przyjętych w poszczególnych latach do Dziekanki.

Atoli trzeba pamiętać o tem, że około 50 prc. rok rocznie do Zakładu przyjmowanych pacjentów stanowią kobiety, a u tych odsetka zachorzeń alkoholowych jest bardzo niska. Jeśli fakt ten wziąć pod uwagę, należałoby - aby otrzymać rzeczywisty stosunek procentowy mężczyzn - pomnożyć odsetkę mężczyzn przez 2, czyli, że z pośród mężczyzn, przyjętych do Zakładu w różnych okresach rocznych było 2 x (0.55 prc. do 10 prc.), czyli 1.1 prc. do 20 prc chorych cierpiących na zachorzenia alkoholowe.

Dla celów porównawczych wypada w tem miejscu przytoczyć niektóre dane statystyczne z innych zakładów polskich i z innych państw.

W klinice warszawskiej stwierdzono w okresie od 1920 do 1925 stały wzrost liczby chorych na tle alkoholizmu.

W roku 1920 było tam 2.08 prc. alkoholików.

w „ 1925 już 32.52 prc. (27,48 prc. mężczyzn i 5,04 prc. kobiet.)

To samo donoszą sprawozdania Kochanówki i z Tworek o wzroście alkoholizmu po wojnie.

Według Bergera (Der Alkoholismus, seine Wirkungen und seine Bekämpfung, 1909) w Prusach alkoholizm wynosił przed wojną 5.3 proc. wszystkich chorób psychicznych. W Bremenie było przed wojną w szpitalach 162 alkoholików mężczyzn i 14 kobiet, w czasie wojny 7 mężczyzn i 14 kobiet, po wojnie natomiast 200 alkoholików i 16 pijaczek (Arch. f. soz. Hyg.). W Kolonji w r.1919 alkoholicy stanowili 5 proc. wszystkich psychicznie chorych, w r. 1924 zaś 25 proc. Od 1918 do 1925 roku alkoholizm w Niemczech stale wzrastał i tak w roku 1918 przebywało w zakładach 1886 alkoholików; w roku 1925 było ich 8803.

Revue d' Hygiène z 1927 roku podaje wynik badań komisji, powołanej przez Akademję Nauk Lekarskich. Okazuje się, że

od wojny aż do r. 1927 występuje stały wzrost ilości przypadków alkoholizmu. Jak z powyższych dat wynika, wszędzie daje się zauważyć ten sam objaw, mianowicie stałe potęgowanie się alkoholizmu po wojnie.

Co się tyczy częstości poszczególnych postaci chorobowych, to połowę czyli 50% zachorzeń alkoholowych w Dziekance stanowił alkoholizm chroniczny, delirium tremens 30%, paranoia hallucinatoria alcoh. 8%, hallucinosis potatorum 5,5%, dementia alcoholica 4%; do tego dochodzą jeszcze nieliczne przypadki psychozy Korsakowa i dypsomanji oraz 3 przypadki pseudoporażenia alkoholowego. Jeśli uwzględnimy inne choroby psychiczne, występujące u alkoholików, to na pierwsze miejsce wysuwa się paraliż postępowy, który w statystyce wyraża się cyfrą 10%, to znaczy, że co dziesiąty alkoholik chorował na P. P. Oligofrenji było około 4%, epilepsji ca 4%, dementia senilis wynosiła 2½%.

Z innych psychoz wypada wymienić schizofrenję (6 przypadków), psych. man. - depr. (1 przyp.), neurastenję (1 przyp.), dementia poencephal. (1 przyp.), paranoia chronica (2 przyp.).

Stosunkowo dość częste występowanie paraliżu postępującego u alkoholików można sobie tłómaczyć tem, że alkoholicy są skłonni do wybryków seksualnych i w stanie alkoholizacji wskutek upośledzenia krytycyzmu nie zachowują ostrożności w stosunkach płciowych i częściej, niż inni zarażają się kiłą.

Uderza też pewna wspólność konstytucji alkoholików i paralityków. Rekrutują się oni tak jedni jak i drudzy w znacznej części z typów piknicznych, atletycznych lub osobników o mieszanym typie pikniczno — atletycznym. Ich żywość reakcji uczuciowej, powierzchowne ujmowanie zagadnień życia codziennego, brak głębszego zastanowienia się nad własnymi czynami, beztroski światopogląd pozwala im używać życia, gdzie i jak się da. Nie potrafią oni hamować się ani nie widzą sensu, żeby sobie odmówić czy przelotnego stosunku seksualnego czy też kieliszka alkoholu. Nic też dziwnego, że łatwo popadają w nałóg alkoholowy i więcej narażeni są na infekcję kiłową.

Alkohol jako trucizna działa eklektywnie na pewne ośrodki centralnego systemu nerwowego, osłabia je, powoduje ich degenerację i działa faworyzująco na powstanie paraliżu postępującego.

Żadna grupa chorób psychicznych nie wymaga tak indywidualnie stosowanej terapji, jak właśnie zachorzenia alkoholowe. Naogół terapja tych cierpień rozpada się na dwie grupy: 1) leczenie

ostrych psychoz (delirium tremens, hallucinosis potatorum, psychoza Korsakowa, pseudo-porażenie alkoholowe, zamroczenie alkoholowe, odurzenie patologiczne itp.), 2) leczenie alkoholizmu chronicznego. Przy leczeniu ostrych psychoz obowiązuje zaraz od początku zupełna abstynencja, ale tylko wówczas, gdy pacjent nie jest wycieńczony. Jeżeli chory jest bardzo osłabiony i grozi mu zapad z powodu niedomogi mięśnia sercowego, to podaje mu się jeszcze przez jakiś czas alkohol, atoli ilość jego stopniowo zmniejszamy do zera.

Statystyka terapeutyczna ostrych psychoz alkoholowych wykazuje, że Zakład opuściło 53,3% wyleczonych, 21.3% z polepszeniem, 6,6% niewyleczonych, 18,8% zmarło. Stosunek odsetek wyleczonych i polepszonych do niewyleczonych przedstawia się jak 74.6 : 6.6, czyli jak 11,3 : 1,0.

Wyniki terapji alkoholizmu chronicznego musimy podzielić na dwie grupy: 1) wyniki terapji u niepsychopatów, 2) wyniki leczenia u psychopatów. Ze statystyki bowiem wynika, że proc. wyleczeń u jednych i drugich jest różny. I tak u niepsychopatów mamy

28.2% wyleczonych,
40% z polepszeniem, } = 68.2%
16,7% niewyleczonych,
15,1% zmarłych.

Tymczasem u psychopatów (do tej grupy wliczyliśmy również oligofreników) mamy:

36.4% wyleczonych,
13.6% z polepszeniem, } = 50%
36.4% niewyleczonych‘
13.6% zmarłych. } (dziwnym zbiegiem okoliczności liczby się tu powtarzają)

Wprawdzie ilość procentowa (wylecz. i polepszonych) u niepsychopatów jest tylko o 18.2 wyższa niż u psychopatów (68,2% : 50%). Jeśli jednak uwzględnimy stosunek wylecz. + polepsz. do niewyleczonych tak u niepsychopatów jak i u psychopatów, to stwierdzimy, że o ile w I. przypadku wyraża on się cyfrą 4,1 : 1 (68.2 : 16,7), to w II. przypadku przedstawa się jak 1.4 : 1 (50:36,4), jest więc prawie 3 razy mniejszy. Na 1 niewyleczonego niepsychopatę przypada więc 4.1 wylecz. i polepsz., a na 1 niewyleczonego psychopatę tylko 1,4 wylecz. + polepsz. Załączona tablica wyjaśnia, jak się sprawa prezentowała w różnych okresach czasu.

	Okres przedwojenny				Okres wojenny				Okres powojenny			
	wyl.	z pol	niewl	zm.	wyl.	z pol	niewl	zm.	wyl.	z pol	niewl	zm.
Ostre psychozy na tle alkoholizmu	% 62	% 14,3	% 2,4	% 21,3	% 62,5	—	% 12,5	25%	% 36	% 40	% 12	% 12
Alkoholizm chroniczny u psychopatów	16,7	33,3	50	—	—	—	—	—	43.8	6,3	31	18,9
Alkoholizm chroniczny u niepsychopatów	29,4	29,4	14,7	26,5	—	100	—	—	28	46,5	19	6,5

Widzimy stąd, że stosunek ilościowy wyleczonych i polepszonych z ostrych psychoz alkoholowych przed wojną i po wojnie jest mniej więcej jednaki. Wprawdzie przed wojną mamy wyższą odsetkę pacjentów wyleczonych, ale zato niższą z polepszeniem, w przeciwieństwie do czasów powojennych. To przesunięcie na korzyść pacjentów opuszczających zakład z polepszeniem się stanu, po wojnie tłómaczyło się po pierwsze wyższą miarą przykładaną przy ocenie przypadków wyleczonych, a powtóre zmianami w ustosunkowaniu się Zakładu do zasady przetrzymywania chorych. Pod tym względem zapanował szeroki liberalizm. Obecnie na życzenie rodziny zwalnia się już pacjenta niezupełnie wyleczonego. Tem się tłómaczy mniejsza po wojnie ilość „wyleczonych" z alkoholizmu chronicznego.

Wypada zastanowić się najprzód nad tem, jakie przyczyny spowodowały taki a nie inny procentowy rozkład przypadków alkoholizmu.

Co do okresu przedwojennego, spadek ilości psychoz alkoholowych możnaby przypisać silnie rozwijającej się akcji przeciwalkoholowej.

W okresie wojennym natomiast w kraju nie było nadmiernego alkoholizmu z powodu prohibicji. Nie należy jednak twierdzić, że alkoholizm wogóle się zmniejszył - został on tylko regjonalnie przesunięty; znane są fakty, że na froncie wojennym opijano całe pułki przed szturmem. Mimoto ilość psychoz alkoholowych zmniejszyła się, a to dlatego, że nie było powszechnego chronicznego alkoholizowania się, lecz tylko okolicznościowe picie. Zdaniem naszem należało by uwzględnić jeszcze następujący szczegół: materjał ludzki, z którego rekrutują się alkoholicy nałogowi, należy w znacznej ilości do licznej rodziny neuro- i psychopatów, którzy, niezdolni do uporządkowanego codziennego życia i systematycznej pracy w domu, nastręczającej dla nich nieprzezwyciężone trudności, szukają ulgi w alkoholu, za to w niespokojnej, podnie-

cającej atmosferze wojennej czuli się nieledwie „jak ryby w wodzie".

Wojna stanowiła dla nich jakby namiastkę nałogu, w który nie popadali, bo byli pochłonięci, absorbującemi ich uwagę, wzruszeniowość i dążności przeżyciami wojennemi.

W kraju zaś pijaństwo występowało rzadziej z powodu ciężkich wojennych warunków materjalnych.

Przychodzi okres powojenny. Ludzie wracają z wojska, warunki materjalne poprawiają się, chociaż wartość pieniądza spada z miesiąca na miesiąc, co raczej staje się pobudką do większej rozrzutności. Ludzie zaczynają znowu pić. Przepisy ustawy ograniczającej sprzedaż i spożycie alkoholu w dnie świąteczne i przedświąteczne nie są należycie przestrzegane.

Zresztą i rząd, aczkolwiek z jednej strony zwalcza alkoholizm (ustawa antialkoholowa, karanie za pijaństwo w niedzielę i święta, prawo gmin do wykluczenia sprzedaży alkoholu drogą głosowania, oddawanie 1 proc. dochodów z Monopolu Spirytusowego na cele walki z alkoholizmem) — to z drugiej strony hoduje go monopolem spirytusowym, z którego dochody pokrywają w dużej mierze budżet państwowy.

Aby dochodów tych nie zmniejszać, rząd pozwala na reklamowanie wyrobów alkoholowych w miejscach urzędowych, ułatwia odbiorcom nabywanie alkoholu przez wprowadzenie buteleczek o małej objętości (1/10 litr.), no a w budżecie państwowym na rok następny zwiększa pozycję dochodów z Monopolu Spirytusowego. Jest to jednakże tylko jedna strona zagadnienia, strona zewnętrzna. Wszelako istnieje jeszcze druga strona, wewnętrzna, strona indywidualna, zawierająca kryterja biologiczne.

Przechodząc do ujęcia zagadnienia alkoholizmu ze stanowiska biologicznego, musimy się zastanowić nad jego etjologją i odpowiedzieć na pytanie, dlaczego człowiek pije nałogowo.

Pod względem etjologicznym można podzielić nałogowych alkoholików na dwie grupy. Jedna grupa, to nałogowcy, którzy piją, gdyż zmusza ich do tego chemizm organizmu, druga grupa, to neuro- i psychopaci, których chorobowe nastawienie psychiczne skłania do ucieczki w stronę alkoholowych odurzeń. Alkoholicy z pierwszej grupy popadają w nałóg stopniowo, przyzwyczajając się do alkoholu, czy to jako do zaostrzającej apetyt używki, jak to bywa często w zamożniejszych sferach, czy też znalazłszy się w środowisku, gdzie alkohol jest często i obficie używany, np. w krajach podzwrotnikowych, w marynarce, w pewnych środowi-

skach studenckich (korporacje), wśród pewnych grup „złotej młodzieży“, gdzie picie należy do „fasonu“ i t. d. Tutaj też należą wszyscy ci alkoholicy, których zmusza i nakłania do picia lub którym ułatwia pijaństwo ich zawód, a więc restauratorzy, kelnerzy, komiwojażerzy, robotnicy fabryk wódek, winnic i t. p. Możnaby myśleć jeszcze o pewnym specyficznym pociągu do alkoholu ludzi obarczonych dziedzicznie, u których chemizm ustroju byłby tak zmieniony, że posiadałby pewną potrzebę alkoholu. Na poparcie tej hypotezy przemawia fakt tak różnej reakcji poszczególnych osobników na pierwsze kieliszki alkoholu, kiedy jedni czują do tego wstręt, a alkohol wywołuje u nich początkowo jedynie przykre dolegliwości, inni wprost od pierwszego kieliszka czują pociąg do alkoholu i czują się doskonale pod jego działaniem. Według naszych obserwacji drugi rodzaj reakcji zwykle występuje u osobników obarczonych pod tym względem dziedzicznie. Dalej należy tu zaliczyć tych wyżej wspomnianych alkoholików o konstytucji pikniczno-atletycznej, którzy z racji specjalnych cech swej osobowości są jakby predestynowani do wpadania w alkoholizm.

Alkoholicy z drugiej grupy są to neuro- i psychopaci, których cechą wspólną jest pewna nieudolność życiowa i rozdźwięk pomiędzy ich życiem wewnętrznem marzeniowem i ich aspiracjami, a codziennem życiem realnem, w którem nie potrafią sprostać zadaniu rzeczywistości, z tej racji znajdują się w stanie niepokoju, niezadowolenia i nierównowagi psychicznej. Konflikt między życiem realnem a wewnętrznem tych ludzi jest tak ciężki i trudny dla nich do zniesienia, że, by go uśpić, sięgają po alkohol, który stanowi dla nich pewne wyjście z trudnej sytuacji życiowej, do której psychicznie nie są dostosowani. Podobny mechanizm psychologiczny należy upatrywać w popadaniu w nałóg ludzi psychicznie względnie normalnych, których los wepchnął w nędzę fizyczną czy też moralną, z której pomimo wysiłków nie mogą się sami wydobyć i chwytają za „czarę zapomnienia“, by wyjść choć na chwilę z ciężkiej, a według nich beznadziejnej sytuacji. Tutaj właśnie alkohol odgrywa rolę „pocieszyciela“ (co tak często jako argument uniewiniający wysuwają zwolennicy alkoholu), i w wyjątkowych wypadkach ratuje nieszczęśliwego człowieka od samobójstwa.

Na specjalną uwagę ze względów teoretycznych zasługuje niewyjaśniony do tej pory mechanizm powstania dypsomanji. Czy uważać tę postać chorobową za zaburzenie psychiczne okre-

sowe o charakterze epileptycznym, w którym występuje skłonność do nadużyć alkoholowych - skłonność ta występowałaby dopiero u człowieka, który poznawszy działanie alkoholu, czułby w okresie zmienionych chorobowo psychizmów potrzebę wprowadzenia się w stan odurzenia alkoholowego. Kto wie czy w takim razie nie odgrywałaby tu roli chęć uśpienia przebłysków krytycyzmu, psujących w tym okresie wzmożone samopoczucie chorego. Z drugiej znów strony można by upatrywać przyczyny występowania okresowego opilstwa w zmienionym chemiźmie ustroju, obarczonego pod tym względem dziedzicznie. Potrzeba narkotyku dla organizmu sumowałaby się w sposób podobny, jaki upatrujemy w powstawaniu bezsenności okresowej, nabierając co pewien czas dla danego osobnika nieodpartego imperatywu (H.Zajączkowski — Bezsenność u psychicznie chorych i jej zwalczanie w Dziekance — Now. Psychj. 1929, III—IV). Międzyokresowy wstręt do alkoholu występowałby tu wtedy psychogennie, jako wyraz walki chorego z chorobą. Trzeba pamiętać, że jakkolwiek teoretycznie udaje się wyodrębnić pod względem etjologicznym powstawanie alkoholizmu, to robimy to jedynie dla ułatwienia rozsegregowania i rozpatrzenia się w tym tak obfitym materjale i w praktyce jak z jednej strony nader rzadko spotyka się nałogowców, u których by nie można było znaleść żadnych konfliktów psychologicznych, skłaniających ich do picia, to znowu alkoholicy, których pchnęły w nałóg przedewszystkiem te konflikty psychologiczne, przy dłużej trwającem narkotyzowaniu się, upodabniają się do poprzedniej grupy, to znaczy, że pcha ich w dalszy nałóg również i potrzeba zamienionego chemizmu ustroju.

Dość charakterystyczną cechą alkoholizmu społeczeństw należących do rasy słowiańskiej jest to, że przejawia się on częściej aniżeli w innych społeczeństwach w postaci ostrych upojeń. Różnicę tą można by tłómaczyć następująco: cechą życia psychicznego człowieka o współczesnej osobowości jest jego ogromna intelektualizacja i ustawiczne dociąganie się jednostki do wymogów społecznych. Osobnik taki nie daje upływu swoim najrozmaitszym impulsom, które kwalifikuje ze swego stanowiska społecznego, jakie zajmuje, za nieodpowiednie i znajduje się stale, jakby w pancerzu przykrojonym na miarę potrzeb i upodobań społecznych, stale hamujących jego wewnętrzne potrzeby i podniety indywidualne. Słowianin, którego nawarstwienia społeczno-psychiczne są kilkaset lat młodszego pochodzenia, aniżeli u ras o dawnej kulturze i cy-

wilizacji, dzięki nadzwyczajnemu rozpowszechnieniu się wszelakich zdobyczy tej kultury, znalazł się w sytuacji jakby dorobkiewicza, który nie dorósł do posiadanych przez siebie warunków. Pancerz psychiczny, o którym mówiliśmy, jest tu ukuty z cieńszej jakby blachy; popędy wzruszeniowości bardziej są pierwotne i silne, nic też więc dziwnego, że słowianin silniej odczuwa znużenie ciągłego dociągania się do wymogów społecznych, gdyż trudniej mu to przychodzi, i skonny jest do szukania chwili wytchnienia przez osłabienie samokrytycyzmu, szukając tego wytchnienia w alkoholu To też naogół słowianin inaczej pije niż niemiec, anglik czy francuz; nie wystarcza mu stan lekkiego podchmielenia, a pije on zwykle aż do głębokich stanów odurzenia alkoholowego.

Nie chcielibyśmy, by niniejsze uwagi zrobiły wrażenie, że uważamy rasę słowiańską za mniej wartościową — nie!— stwierdzamy jedynie fakt, że rasa ta ma poza sobą o kilkaset lat krótszy okres życia kulturalnego i cywilizacyjnego i trudno by było sobie wprost wyobrazić, żeby fakt ten na osobowości przedstawicieli tej rasy się nie odbił.

Według Al. Piotrowskiego odgrywa tu poważną rolę i rodzaj konsumowanych napoi wyskokowych; trudno bowiem upić się piwem, którego trzeba wypić dobre kilka litrów, czy chociażby małoprocentowem winem. Alkohol w napoju, w którym znajduje się w małym procencie, resorbuje się powoli i działa dłużej ale mniej silnie, rzadziej wywołując, dzięki temu, stany ostrych odurzeń. Ma to również wybitny wpływ na powstawanie psychoz alkoholowych, do których u nałogowych piwoszów tak często nie dochodzi; pierwej kończą one na niedomogę serca (Bierherz) czy chorobę nerek, spowodowaną nadmierną masą przyjmowanych płynów.

Leczenie alkoholików, którzy popadli w nałóg bez wyraźnych niedociągnięć psychicznych, polegać winno przedewszystkiem na dłużej trwającej abstynencji. Większość nałogowych alkoholików, u których zaburzenia psychiczne poza samym nałogiem nie wchodzą jeszcze w zakres psychozy, nie nadaje się do leczenia w zakładzie psychjatrycznym. Według opinji Al. Piotrowskiego powinny być budowane dla nich, jak dla narkomanów wogóle, specjalne zakłady warsztatowe gdzieś w lasach, zdala od osiedli ludzkich, gdzieby pacjenci musieli przebywać przynajmniej 2 lata i pracą swoją przyczynić się do utrzymania zakładu. Jako praca lecznicza najlepiej nadaje się zajęcie na świeżem powietrzu, a więc w gospodarstwie rolnem, w ogrodzie, w parku, w lesie, w tartaku i t. d.

Pozatem zabiegi lecznicze winne obejmować starania o przywrócenie normalnych chemizmów w ustroju i odzwyczajenia organizmu od alkoholu. Znajdą tu zastosowanie wszelkie te zabiegi kuracyjne i środki lecznicze, które są stosowane przy złej lub zmienionej chorobowo przemianie materji, a więc kąpiele gorące, mineralne, słoneczne, ruch na świeżem powietrzu, specjalna djeta, życie czynne i ruchliwe. Rokowanie, o ile nie wystąpiły jeszcze u pacjenta znaczniejsze objawy otępieniowe, czy też degeneracji moralnej, jest pomyślne, i pacjent według wszelkiego prawdopodobieństwa do alkoholu nie powróci. U tych też alkoholików znajduje zastosowanie autohemoterapja, której działanie lecznicze polega na wytwarzaniu antyciał na własne, zmienione pod względem chemicznym, obdarzone głodem alkoholowym, komórki ustroju. W ten sposób autohemoterapja przyspiesza rekonstrukcję normalnej przemiany materji i godzi w ustroju alkoholika wprost w przyczynę chemiczną głodu alkoholowego. Przyjmując hypotezę chemiczną powstania dypsomanji, dochodzi się tu do środków dla naprawy chemizmu ustroju a więc do autohemoterapji i do zabiegów, zmierzających ku przyspieszeniu przemiany materji, pozatem należy przy zbliżaniu się okresów ostrych tłumić objawy luminalem, by nie dopuścić do katastrofy. Każde zapobieżenie w ten sposób okresowi opilstwa zmniejszałoby szanse dla następnego okresu, podobnie jak się to dzieje z napadami kurczowymi w epilepsji. Wyniki, jakie mieliśmy w leczeniu autohemoterapją dypsomanów w Dziekance, są bardzo zachęcające do dalszych badań i obserwacji w tym kierunku.

U alkoholików, rekrutujących się z grupy neuro- i psychopatów, poza abstynencją i leczeniem cielesnem należy stosować swoistą terapję psychiczną, która nieledwie w każdym przypadku musi być indywidualizowana. W zakładach o charakterze kolonji robotniczych, regułą powinno być, by każdy pacjent pracował celowo i pożytecznie, gdyż tylko taka praca ma pełny walor wychowawczy i jest nieodzownie potrzebną do zdrowia i równowagi psychicznej każdego człowieka nieledwie jak powietrze do oddychania. Sama tylko praca nie wystarczy do wyleczenia chorego, który ma konflikty wewnętrzne, na których tle wyrósł nałóg alkoholowy. Do odzyskania kompletnej równowagi psychicznej u takiego chorego należy te konflikty odnaleść, wyjaśnić je i rozwiązać, znaleść drogę do wyjścia z nich, pogodzić go ze rzeczywistością. Tylko taki pacjent, który zdołał uporządkować swoje życie wewnętrzne, a nabrał przy tem rutyny i umiejętności pracy i rozsmakował w pły-

nącem z niej zadowoleniu, będzie mógł opuścić zakład, dając gwarancję, że nie będzie uciekał od życia do alkoholu. Należy sobie jednak zdawać sprawę z tego, że do tak daleko idących rezultatów często trudno będzie dojść przez czas dwuletniego pobytu w zakładzie, który to okres uważamy za minimum, i, żeby móc doprowadzić pacjenta do zdrowia, trzebaby często nawet przez kilka lat roztoczyć nad nim specjalny tryb leczniczo—wychowawczy. Wobec tego, że leczenie tak długie zbyt obciążałoby społeczeństwo, dłuższy pobyt chorego musiałby być tak zorganizowany, by pacjent dzięki swej pracy nie był ciężarem dla społeczeństwa. Zakład musiałby być zorganizowany i posiadać takie urządzenia i warsztaty pracy, żeby móc bez uszczerbku dla innych chorych leczyć cały szereg takich pacjentów, za których nikt był nie płacił, a którzy utrzymywaliby się jedynie z owoców swej pracy.

Samem leczeniem alkoholików jednakże nie usuniemy zła i szkody, które wyrządza alkohol jednostkom, rodzinom i społeczeństwu. Ważniejszą rzeczą jest zapobieganie rozszerzaniu się alkoholizmu. Istnieją rożne sposoby zwalczania alkoholizmu i różne zapatrywania na tę sprawę. Jednym ze sposobów walki z alkoholizmem jest prohibicja; ma ona wielu zwolenników, ale i przeciwników.

Pr. H. Roger, omawiając dodatnie strony prohibicji w Ameryce, stwierdza, że ludzie tam piją, ale piją tylko bogaci, bo alkohol jest bardzo drogi, natomiast biedni nie piją, wskutek tego ogólny dobrobyt wzrasta.

Co innego czytamy w Revue d'Hygiène z r. 1927, mianowicie, że prohibicja nie jest wskazana. W Ameryce bowiem istnieje handel potajemny, zamożniejsi obywatele wyjeżdżają w sobotę do Kanady, gdzie niema prohibicji, a wracają w niedzielę wieczorem w świetnych humorach.

Nieprzychylnie o prohibicji wyraża się także J. W. Hall, psychjatra z Chicago, który podaje, że w roku 1916 było w szpitalach w Chicago tylko 98 przypadków ostrego zatrucia alkoholem, w roku 1923 zaś (4-y rok prohibicji) 1503.

W roku 1917 notowano tam 654 przypadki psychoz powstałych na tle alkoholizmu;
w roku 1920 (1 rok prohib.) 247 przypadków
„ 1923 (4 „ „) 1346 „
Mimo to niesłusznem jest jednak — zdaniem naszem — stanowisko przeciwników prohibicji. Wiele bardzo trudności i problemów

do załatwienia w związku z wprowadzenim prohibicji upadnie, kiedy przyjdzie okres dalszy życia nowego pokolenia, które będzie już w prohibicji wychowane. Trudno sobie wyobrazić, żeby zdrowy Amerykanin, od dziecka nie znający, co to jest alkohol, wyjeżdżał po alkohol poza granicę kraju lub nabywał go za olbrzymie sumy, albo też pił, jak się działo w Rosji podczas wojny, eter, denaturat, wodę kolońską czy samogonkę, które są dla nienałogowca nie do przełknięcia.

Trudności i złe strony prohibicji są tylko przejściowe i z czasem znikną i przejdą do historji walki z jednym z najgroźniejszych wrogów dobrobytu i szczęścia człowieka.

Należy wziąć pod uwagę, że z biegiem czasu, gdy szereg pokoleń będzie wychowanych w prohibicji, gdy tym sposobem zostanie uchylony czynnik, wpływający na dziedziczenie i na najwcześniejszy okres rozwoju osobniczego, czynnik który jest ważnym momentem etjologicznym w powstaniu przeróżnych dziedzicznych zaburzeń i niedokształceń nerwowo-psychicznych, grupa narkomanów którzy teraz wpadają w nałóg, dzięki swoim niedociągnięciom psychicznym, znacznie się zmniejszy. Naturalnie, że osobniki chore szczególnie upośledzone będą szukać zapomnienia i nadal w alkoholu, morfinie, kokainie itd. jak to się dzieje z morfinistami, aczkolwiek zdobycie morfiny jest tak utrudnione. Tym osobnikom prohibicja nic nie pomoże, i będzie trzeba ich tak jak i teraz traktować jako chorych i jako takich leczyć w zakładach specjalnych.

Na XIX Kongresie Antialkoholowym referował sprawę prohibicji Dr. Doran. Uważa on, że zakaz jest bardzo zbawienny dla narodu amerykańskiego i dalej, że prohibicja jak przedtem tak i teraz ma więcej zwolenników niż przeciwników. Dr. Doran twierdzi że prohibicja w żadnym wypadku nie będzie zniesiona. Wszelako jej skuteczność zależy od sposobu przeprowadzenia i przestrzegania ustawy. Dyskutowana była wartość dwóch systemów, ograniczających spożywanie alkoholu - szwedzkiego (Bratt) i belgijskiego (Vandervelde). Pierwszy oddaje sprzedaż alkoholu w ręce organizacji społecznych i uprawnia je do indywidualnego traktowania odbiorców (sprzedając jednym więcej, drugim mniej), drugi wyłącza z restauracji i wogóle miejsc publicznych napoje o zawartości alkoholu większej niż 16 prc., są one do nabycia gdzieindziej, lecz nie wydaje się ich mniej niż 2 litry naraz. Oba systemy ograniczają spożycie, a nie dążą do całkowitego zakazu, dlatego są złe.

Ważny problem przedstawia sprawa abstynencji funkcjonarjuszów, od których sprawności zależy życie bliźnich (szoferzy, motorowi, maszyniści itd. Żąda się, aby wszyscy należeli do kół abstynentów, których członkowie nosiliby szarfę jako oznakę abstynencji.

Publiczność mogłaby wtedy wybierać pomiędzy abstynentami i pijącymi; wybór niewątpliwie wypadłby na korzyść abstynenta. Funkcjonarjusz używający alkohol straciłby posadę.

Jakie jest w Polsce zapatrywanie na sprawę alkoholizmu, o tem głoszą rezolucje VI Polskiego Kongresu Przeciwalkoholowego w Katowicach. Kongres domaga się: 1) ustanowienia katedr alkohologji przy uniwersytetach i wykładów alkohologji w szkołach, 2) ścisłego przestrzegania ustawy antialkoholowej, 3) zakazu reklamy napojów alkoholowych w miejscach urzędowych.

Wreszcie zwraca się z gorącym apelem do inteligencji polskiej, a szczególnie do duchowieństwa, nauczycielstwa, lekarzy i kobiet polskich, aby współdziałali w zwalczaniu alkoholizmu.

Na praktycznym gruncie, jak podaje Gantkowski w swojej pracy „Zadania samorządów w walce z alkoholizmem“ stanął Wydział Opieki Społecznej w Łodzi, który wyłonił ze siebie sekcję do walki z alkoholizmem. Zadaniem tej sekcji jest: 1) zakładanie i prowadzenie bezalkoholowych jadłodajni, 2) organizowanie zakładów leczniczych dla alkoholików, 3) dokonywanie wywiadów u osób zatrzymanych w stanie nietrzeźwym, 4) moralna opieka nad alkoholikami, a materjalna pomoc dla ich rodzin, 5) propaganda walki z alkoholizmem i krzewienie idei wstrzemięźliwości drogą odczytów, wykładów, specjalnych publikacyj, wystaw antialkoholowych, poradni zdrowotnych itp., 6) gromadzenie i opracowywanie przy współudziale i pod kierownictwem Wydziału Statystycznego Magistratu danych dotyczących alkoholizmu, 7) wyjednanie u miarodajnych czynników przepisów prawnych, zmierzających do ograniczenia liczby lokalów sprzedaży alkoholu i innych przepisów, stwarzających podstawę dla całkowitej prohibicji.

Jako sposób skutecznego zwalczania indywidualnego alkoholizmu uważamy także ubezwłasnowolnienie alkokolika. Sprawę tę omówił wyczerpująco Al. Piotrowski („alkoholizm i ustawodawstwo“, Nowiny Psychjatryczne, 1924). Autor podkreśla, że ubezwłasnowolnieniem samem jeszcze nie osiągniemy naprawy pijaka. Trzeba przeszkodzić mu w upijaniu się. Alkoholika należy umieścić w zakładzie dla alkoholików. Wszelako postulat ten łatwiej będzie można uskutecznić z alkoholikiem ubezwłasnowolnionym,

niż z pijakiem wolnym. Ponieważ za szkodę, wyrządzoną przez pijaka, pozbawionego własnej woli, odpowiada opiekun, przeto umieszczenie pijaka w zakładzie leży w interesie opiekuna.

Pozatem należało by się liczyć z tem, że ludzie z obawy przed ubezwłasnowolnieniem wogóle więcej by się alkoholu wystrzegali.

Autor jest zdania, że ubezwłasnowolnienie alkoholika winno być przeprowadzane nie z kryterji psychjatrycznych lecz z przesłanek społecznych, albowiem ta ostatnia droga łatwiej i prędzej prowadzi do celu.

Reasumując powyższe wywody, stwierdzamy z innymi badaczami sprawy alkoholizmu, że żyjemy w okresie, w którym alkoholizm rozszerza się w zastraszający sposób, że skutki tej groźnej plagi społecznej dają się dotkliwie odczuwać przedewszystkiem z powodu wzrostu liczby zachorzeń psychicznych alkoholowych. Równocześnie stwierdzamy, że nie jesteśmy bezbronni wobec niebezpieczeństwa, jakie przedstawia potęgowanie się alkoholizmu, albowiem posiadamy dość środków, ogólnych i indywidualnych, aby skutecznie odeprzeć ataki wrogie. Trzeba je tylko bezwzględnie stosować. Tymi środkami są: profilaktyka społeczna w postaci prohibicji jako środek ogólny, oraz ubezwłasnowolnienie i leczenie alkoholika w specjalnej lecznicy jako środki indywidualne.

W końcu niech nam będzie wolno podziękować p. Dyr. Al. Piotrowskiemu za przekazanie nam powyższego tematu i za łaskawe udzielanie wskazówek i rad przy jego opracowaniu.

* * *

Hôpital psychiatrique public de Dziekanka – Dir. dr. med. dr. phil. Al. PIOTROWSKI

L'état des maladies psychiques alcooliques à Dziekanka avant et après la guerre mondiale. Réflexions sur la question de l'alcoolisme.

Par le Dr. W. GORZKOWSKI i Dr. H. ZAJĄCZKOWSKI.

Rapport préparé pour le XIII Congrès des Médecins et des Naturalistes polonais à Wilno le 26—29 septembre 1929.

Les auteurs confirment le fait que l'alcoolisme se propage avec une rapidité effrayante, et que les suites s'en font ressentir surtout par le surcroît des maladies alcooliques.

A Dziekanka le nombre des psychoses alcooliques a augmenté au vingtuple après la guerre. La moitié de ces maladies

c'est l'alcoolisme chronique, vient ensuite le delirium tremens =30%, paranoia alcoholica =8%, ensuite un nombre restreint de démence alcoolique, de psychose de Korsakow, de dypsomanie, de hallucinosis potatorum, et trois cas de pseudoparalysie alcoolique. Près de 10% des alcooliques psychotiques souffraient de paralysie générale (74.6% des malades ont quitté l'hôpital en état de guérison ou d'amélioration). Les résultats du traitement de l'alcoolisme chronique ont été moins favorables. Les auteurs discernent les alcooliques chroniques psychopathes et non psychopathes. Le nombre des malades du premier groupe qui ont quitté l'établissement en état de guérison ou d'amélioration monte à 50%, celui du second égale à 63,2%.

L'hôpital psychiatrique est la station vraie pour le traitement curatif des psychoses alcooliques, mais ne convient pas à la cure des alcooliques chroniques. Ceux-ci devraient être placés dans des établissements spéciaux à caractère d'ateliers, avec travail aux champs, sylviculture et pisciculture.

Les auteurs votent pour la prohibition comme mesure de prophylaxie sociale.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka
Dyr. Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI.

Badania kontrolne nad symptomatologją płynu mózgo-rdzeniowego w porażeniu postępującem i w innych schorzeniach kiłowych ośrodkowego układu nerwowego.

Podał J. MEDEM.

Referat zgłoszony na XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich we Wilnie w dniach 26—29 września 1929 r.

W ciągu blisko 40 lat, jak nauka lekarska zajmuje się badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, najwięcej pracy z tego zakresu poświęcono jego zmianom patologicznym w schorzeniach kiłowych ośrodkowego układu nerwowego. Tłómaczy się to faktem, że przy rozpoznawaniu kiły badanie laboratoryjne odgrywa ważną rolę, mianowicie odczyn serologiczny Wassermanna, Sachs-Georgiego i. in., jak również tem, że zmiany w składzie i własnościach płynu mózgowordzeniowego są przy kiłowych schorzeniach ner-

wowych intensywniejsze i charakterystyczniejsze, niż w innych chorobach, nie licząc naturalnie ropnych zapaleń opon, gdzie — jak wiadomo — występują najsilniejsze patologiczne zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym. Jednak pomimo licznych wszechstronnie przeprowadzonych badań serologicznych istnieją jeszcze pewne niejasności co do symptomatologji jak i co do patogenetycznego tłómaczenia zmian chorobowych w płynie mózgowo-rdzeniowym przy kile nerwowej, co w znacznym stopniu utrudnia oparcie djagnostyki klinicznej na wynikach badań laboratoryjnych, zwłaszcza w tych przypadkach, kiedy tak kliniczny jak i serologiczny obraz choroby odbiega od zwykłego typu lub jest bardzo słabo zaznaczony.

Rozwój djagnostyki laboratoryjnej kiły centralnego układu nerwowego w krótkości przedstawia się następująco.

Pierwszym uczonym, który ujął w system objawy kiły w płynie mózgo-rdzeniowym, był Nonne (r. 1914). Uzależnił on rozpoznanie porażenia postępującego i kiły centralnego układu nerwowego wogóle od dodatniego wyniku 4 odczynów, mianowicie: pleocytozy, odczynu Nonne-Apelta, odczynu Wassermanna w płynie i we krwi. Ponieważ jednak często, nawet przy wyraźnym obrazie paraliżu postępującego, niewszystkie 4 odczyny wypadały dodatnio, szukano trwalszych podstaw, na których możnaby oprzeć rozpoznanie paraliżu postępującego, przyczem cały szereg autorów — nawet Esskuchen (r. 1915) — kładł główny nacisk na odczyn Wassermanna we krwi. Inni znów, jak np. Mycoson (r. 1915), przypisywali duże znaczenie ogólnemu wzmożeniu się białka w płynie, jako najwcześniejszemu objawowi paraliżu postępującego. W przeciwieństwie do tego Al. Piotrowski (r.: 1916) odmówił temu objawowi znaczenia specyficznego dla p. p. i dla kiły wogóle, upatrując w nim tylko znamię patologiczne o znaczeniu ogólnem, wskazujące na zachorzenie ośrodkowego układu nerwowego. Co zaś do odczynu Wassermanna we krwi, Piotrowski podkreślił szczegół, że dodatni odczyn Wassermanna we krwi nie mówi nic o lokalizacji sprawy kiłowej w centralnym układzie nerwowym a świadczy jedynie o tem, że chory przebył lub ma kiłę. Natomiast Piotrowski akcentuje wartość odczynu Wassermanna w płynie zwłaszcza wykonanego według metody miareczkowania, t. j. z różnemi ilościami płynu (od 1,0 ccm. w dół do 0,1 ccm), który wypada przy wszelkich postaciach kiły nerwowej w dużym procencie dodatnio, i nadto pozwala odróżnić p. p. od innych postaci kiły ośrodkowego układu nerwowego, dając w pierwszym przypadku wynik dodatni już w ilości 0,2—0,1 ccm, a w innych

dopiero w większych ilościach płynu (0,3—1,0 ccm.) Później zwrócono baczniejszą uwagę na odczyny koloidalne, z których najważniejsze są: odczyn złotowy Langego, odczyn benzoesowy Guillaina i zmodyfikowany przez Kafkę odczyn mastyksowy. Odczyny te, przeprowadzone w różnych rozcieńczeniach płynu, dają graficznie charakterystyczne krzywe, nietylko dla kiły ośrodkowego układu nerwowego wogóle, lecz nawet dla poszczególnych jej postaci, ułatwiając tem samem diagnostykę.

Jednocześnie różni badacze zwrócili uwagę na wzajemne ustosunkowanie się poszczególnych objawów serologicznych i na wartość wykonywania kilku odczynów naraz, co doprowadziło do ustalenia pewnych szematów badania jak „Formules Chimiques" Mestrezata, „Reaktionsspektren" Esskuchena i „Gesamtreaktionsbilder" Kafki. Najlepiej ujął sprawę C. Lange. W dziele swem pod tytułem „Lumbalpunktion und Liquordiagnostik", w którem opiera rozpoznanie serologiczne schorzeń ośrodkowego układu nerwowego incl. porażenia postępującego i innych postaci kiły na typowych obrazach odczynowych i dąży do patogenetycznego wytłómaczenia każdego objawu w płynie mózgo-rdzeniowym. Zajmuje on jednak stanowisko nieco skrajne, eliminując cały szereg odczynów jako niepotrzebnych, przyznając znaczenie jedynie 2—4 reakcjom. W każdym razie kategorje myślowe Langego dają najlepszą podstawę do dalszych badań nad płynem mózgo-rdzeniowym, to też na nich oparłem swą pracę z r. 1928 o odczynach płynu mózgo-rdzeniowego w chorobach nerw. i psychicznych i o ich znaczeniu rozpoznawczem.

Ogłaszając w referacie niniejszym wyniki badań przeszło 200 płynów m-rdz., zebranych od chorych, cierpiących na porażenie postępujące albo na kiłę mózgo rdzeniową albo na wiąd rdzenia, postaram się w myśl powyżej wymienionych zasad ująć te wyniki tak, aby otrzymać obrazy syntetyczne i rozważyć kwestję, czy pozwalają one już same przez się jaknajpewniej rozpoznać schorzenia kiłowe ośrodkowego układu nerwowego.

Przeprowadzałem następujące badania:

I. Określenie wyglądu (przed i po wirowaniu): t. j. przejrzystości i barwy płynu,

II. Badanie cytologiczne: 1) obliczenie ilości ciałek w 1 cmm w komorze Nageotta, 2) zbadanie osadu (zabarwionego eozyną hematoksylinową),

III. Badanie chemiczne:

1. Odczyn Nonnego, Weichbrodta i Pandy'ego,
2. Oznaczenie ilości białka (sposobem Mestrezata),
3. „ „ globulin (według własnej koncepcji),
4. Określenie współczynnika białkowego (na podstawie badań ad 2 i 3),
5. oznaczenie ilości chlorków (sposobem Volharda),
6. oznaczenie ilości cukru (według własnej koncepcji).

IV. badanie koloidalno-chemiczne:
1. odczyn złotowy,
2. „ benzoesowy,

V. Badanie serologiczne:
1. odczyn Wassermanna,
2. odczyn Meinickego albo Sachs-Georgiego,

oba odczyny wykonywane metodą miareczkowania (odczyn Wassermanna z ilościami 1,0-0,1 ccm, odczyn Meinickego i Sachs-Georgiego z ilościami 0,5 –0,25). Pozatem, wykonywałem — w razie potrzeby- odczyn na krew, odczyn fermentu peptolitycznego i inne; oznaczałem zawartość Hb i cholesteryny. Stale przytem wykonywałem odczyn Wassermanna i odczyn Meinickego we krwi. Wyszczególnione badania stanowią według mego zdania minimum badań, które należy przeprowadzić u osób podejrzanych na kiłę ośrodkowego układu nerwowego.

Nim przejdę do właściwego tematu, wypada mi choć w kilku słowach przedstawić metody oznaczenia ilości globulin oraz cukru według własnej koncepcji.

W dotychczasowych badaniach laboratoryjnych dał się odczuwać dotkliwie brak prostej i łatwo wykonalnej kwantytatywnej analizy globulin. Ażeby tę lukę wypełnić, czyniłem poszukiwania za odpowiednim sposobem, analizowania płynu, przyczem zauważyłem, że ilość globulin da się dostatecznie określić metodą, polegającą na zużytkowaniu odczynu Nonnego i zastosowaniu zasady, tkwiącej w znanej metodzie Mestrezata do oznaczenia ogólnej ilości białka. Korzystam więc z płynu, z którym wykonałem odczyn Nonnego, t. j. płynu w ilości 0,5 ccm, do którego dodałem 0,5 ccm nasyconego roztworu ammonii sulfurici. Po upływie pół godziny porównywam zmętnienie, powstałe w próbówce, ze skalą składającą się z próbówek tej samej średnicy, zawierających roztwory globulin z surowicy wołowej o wzrastającym stopniu stężenia: 0,002; 0,005; 0,008; 0,01; 0,015; 0,02; 0,025; 0;03; 0,04; 0,05; 0,06; 0,07; 0,08; 0,09; 0,1%, z którymi poprzednio wykonałem ten sam odczyn

i określam odsetkę zawartości globulin w płynie badanym według probówki w skali, z którą badany płyn wykazuje jednakowe zmętnienie. Do przygotowania skali globulinowej nie możemy używać białka jaja kurzego, jak to czyni Mestrezat ze swoją skalą białkową, gdyż białko jajka kurzego zawiera bardzo mało globulin, więc biorę surowicę wołową, której białko w połowie lub nawet nieraz w większej części składa się z globulin. Pozatem cały sposób przygotowania skali jest podobny do przygotowania skali do oznaczenia białka ogólnego. Postępujemy w ten sposób: surowicę wołową, która zawiera naogół 4% globulin (o czem jednak należy się poprzednio przekonać), rozcieńcza się 40-krotnie fizjologicznym roztworem soli, aby otrzymać 0,1%-owy roztwór globuliny; wzrastające ilości tego roztworu nalewamy do 15-tu próbówek, dopełniamy je rozczynem fizjologicznym soli. W ten sposób otrzymujemy odpowiednie rozcieńczenie globulin (patrz tablicę).

Do oznaczenia ilości cukru w płynie m.-rdz. da się zastosować metoda bardzo prosta i łatwa do wykonania, wymagająca przytem nie więcej płynu m.-rdz., jak 1—2 ccm.

Przy ustaleniu metody opierałem się na odczynie Mestrezata dla stwierdzenia hyper- oraz hypoglykorachji, t. j. wzmożenia lub zmniejszenia ilości cukru w płynie. Technika tej modyfikacji jest następująca: wykonuje się odczyn Fehlinga z 1 ccm płynu m.-rdz. Do 1 ccm płynu dodaje się 1 ccm odczynnika Fehlinga według francuskiej farmakopeji (I i II w równych ilościach; Fehling I: cupri sulfurici 3,5; ac. sulfurici concentr. 0,5; aq. dest. ad 100 ccm; Fehling II: sel Seigneti 15,0; sol. 45% natrii caustici 30 ccm; aq. dest. ad 100) i gotuje się przez 15 sekund. W płynie normalnym, zawierającym koło 0,050% cukru, zabarwienie niebieskie pozostaje nadal, tylko, jeżeli się trzyma próbówki na brzegu płyty stołu stojącego przed oknem, to z boku patrząc można spotrzec w tym niebieskim płynie pyłek ceglasty. W miarę, jak wykonywa się ten odczyn z płynami o coraz większej zawartości cukru, do 0,1% i wyżej, pyłek ten staje się coraz gęstszy i wyraźniejszy, a w miarę jak wykonywa się odczyn z płynami o coraz mniejszej zawartości cukru, od 0,050% w dół, pyłek staje się coraz mniej wyraźny, a przy 0,010% prawie już nie jest widoczny. Wykonywamy więc ten odczyn zawsze w tych samych warunkach (w ten sam sposób przygotowany odczynnik Fehlinga, ten sam czas gotowania, probówka o tej samej średnicy — 1 cm). Dla otrzymania wyniku ilościowego porównywamy gęstość pyłku

w badanym płynie m.-rdz. z gęstością pyłku każdej z 10 próbówek skali, zawierających po 1 ccm roztworu cukru o wzrastającem stężeniu: 0,01; 0,02; 0,03; 0,04; 0,05; 0,06; 0,07; 0,08, 0,09; 0,10%, do których dodaliśmy po 1 ccm odczynnika Fehlinga, poczem mieszankę gotowaliśmy przez 15 sekund. Porównawszy następnie zawartość próbówki z zawartością próbówek skali, określamy ilość cukru w płynie według próbówki skali, w której znajduje się ta sama gęstość pyłku. Należy zaznaczyć, że skali nie można przechowywać, gdyż cegiasty osad (zredukowana miedź) rozpuszcza się częściowo, tak że trzeba ją każdorazowo przygotować na nowo; natomiast stosunkowo dobrze przechowują się roztwory glukozy, używanej do tej skali, o ile dodamy do nich po kilka kropel toluolu.

Na postawie badań, wyszczególnionych od I-V, omówię najpierw wyniki otrzymane z poszczególnych odczynów, następnie uwzględnię odrębności każdej postaci chorobowej zosobna, t. j. paraliżu postępującego, kiły mózgowo-rdzeniowej i wiądu rdzenia.

Zacznę od oceny reakcji Wassermanna. Jak wiadomo, odczyn ten (jak również odczyn Meinickego i Sachs-Georgiego) jest swoisty dla schorzeń kiłowych, jednak nie zawsze wypada on dodatnio. Niekiedy bywa dodatni przy schorzeniach niekiłowych. Byłoby zatem błędem rozpoznawać schorzenie kiłowe ośrodkowego układu nerwowego tylko na podstawie odczynu Wassermanna. Lange zauważył przy kile centralnego układu nerwowego paralelizm między pojawieniem się odczynu Wassermanna a wystąpieniem innych objawów patologicznych w płynie; zrobił on spostrzeżenie, że odczyn W. bywa dodatni dopiero przy ilości białka 0,100% i więcej. Nasze doświadczenia natomiast uczą nas, że tego paralelizmu niema; zachodzą bowiem przypadki z dodatnim odczynem W. przy stosunkowo małej ilości białka.

Więcej niż połowa przypadków z dodatnim W. w płynie zawierała białka mniej niż 0,100%. W ogólności odsetka dodatniego W. przy schorzeniach kiłowych ośrodkowego układu nerwowego w naszym materjale nie jest wysoka w stosunku do odsetek podanych przez autorów zagranicznych, jak wynika z załączonego zestawienia, w którem uwzględnione zostały, obok wyników własnych badań, dane statystyczne Nonne'go, Kafki, Fontecilla'ego i Lange'go.

	Badania własne		Nonne, Kafka, Fontecilla, Lange				Nonne, Kafka, Fontecilla, Lange			
	płyn	krew	płyn				krew			
Paral. post.	90%	66%	100%	98%	100%	100%	95%	80%	100%	100%
Wiąd rdzenia	55%	44%	92%	90%	98%	—	65%	60%	98%	—
Kiła m.-rdz.	54%	54%	92%	80%	80%	—	75%	30%	80%	—

Stosunkowo niski procent dodatniego odczynu Wassermanna w płynie m.-rdz. i we krwi przy zachorzeniach kiłowych centralnego układu nerwowego, który stwierdziliśmy u naszych chorych, tłómaczy się z pewnością różnicami w materjale chorych i w technice laboratoryjnej. Różnice takie istnieją wszędzie. Z tych różnic wypływają też dyferencje w wynikach prac laboratoryjnych autorów zagranicznych. Wypada w tem miejscu wspomnieć o fakcie, że Lange w swoich badaniach serologicznych, dokonanych wyłącznie przy tabes incipiens, otrzymywał odczyn Wassermanna, zarówno w płynie jak i we krwi (przy stosowaniu metody oryginalnej), stale ujemny. Tymczasem Fontecilla, którego materjał tabesu stanowiły głównie przypadki daleko posunięte, stwierdził 92% dodatnich odczynów Wassermanna we krwi i płynie. Opinji, że w paraliżu postępującym odczyn Wassermanna w płynie i we krwi stale wypada dodatnio, nie podzielają Kafka i Nonne (ostatni tylko co do krwi), z czem i ja się godzę, przynajmniej jeżeli chodzi o krew; obserwowałem bowiem ujemny odczyn W. we krwi nawet w przypadkach p. p. daleko posuniętych, z wybitnemi zmianami w płynie m.-rdz. Natomiast przypadki paraliżu postępującego z ujemnym odczynem Wassermanna w płynie należą chyba do wyjątków. Tem się tłómaczy stanowisko zajęte przez Piotrowskiego (Al. Piotrowski: „O wczesnem rozpoznaniu porażenia postępującego,“ Przegląd Lekarski 1916, nr. 10), który reakcji Wassermanna w płynie, mianowicie w ilościach 0,2—0,1 ccm, przypisuje decydującą rolę przy rozpoznawaniu porażenia postępującego.

Okoliczność, że odczyn Wassermanna nie zawsze jest dodatni w schorzeniach kiłowych, bynajmniej nie zmniejsza jego znaczenia djagnostycznego. Odgrywa on wybitną rolę, gdy jest dodatni, albowiem wtedy potwierdza pochodzenie kiłowe zachorzenia. Co do odczynów aglutynacyjnych odczynu Sachs-Georgiego i odczynu Meinickego (we krwi i płynie), należy stwierdzić, że między tymi odczynami a reakcją Wassermanna istnieje paralelizm: przy-

padki, gdzie S.-Georgi albo Meinicke jest słabo dodatni przy ujemnym Wassermannie, są rzadkie.

Jeżeli stwierdziliśmy, że odczyn Wassermanna (i odczyn Meinickego) jest nieraz ujemny przy kiłowych schorzeniach ośrodkowego układu nerwowego, to nie można tego twierdzić o innych przejawach patologicznych w płynie m.-rdz., gdyż ani w jednym przypadku kiły ośrodkowego układu nerwowego klinicznie ustalonej, płyn nie był normalnym; zawsze zachodziły przynajmniej zmiany w ilościach białka i w ilościach ciałek białych. Pod tym względem więc kiła ośrodkowego układu nerwowego różni się od innych organicznych schorzeń nerwowych (z wyjątkiem chyba ostrych zapaleń opon), w których trafiają się przypadki bez zmian patologicznych w płynie m.-rdz. W razie więc zupełnego braku tych zmian można schorzenie kiłowe wykluczyć. Wspomniane przejawy patologiczne, które stale spotykamy w kile m.-rdz., dają się ująć w zespół, który nazwałem zespołem wewnętrznym, bo pochodzącym z wewnątrz worka oponowego, a nie z przesięku wskutek wzmożonej przepuszczalności opon (patrz tabl. I).

Zmiany składające się na ten zespół są:

I. Wzmożenie ilości ciałek białych, i to w danym przypadku wyłącznie prawie limfocytów, występujących z opon liczniej, niż normalnie. Domieszkę leukocytów, naogół nie przekraczającą 5% wszystkich ciałek białych, najczęściej spotykamy w p. p.

II. Wzmożenie ilości białka, i to białka powstałego w obrębie worka oponowego cechującego się: 1. dużą ilością globulin, stanowiących nieraz więcej niż połowę całej ilości białka, 2. zawartością globulin w znacznym stopniu w postaci gruboziarnistych („grobkörnig“) globulin; ten skład białka tłómaczy objawy następujące; a) silny odczyn Nonnego, przy stosunkowo nieznacznie wzmożonej ilości białka; b) silniejszy odczyn Weichbrodta, c) wysoki współczynnik białkowy ($^1/_1$ i więcej), d) krzywe koloidalne po stronie lewej.

III. Trzecią cechą charakterystyczną jest brak wszelkich zmian pochodzenia zewnątrzoponowego (transsudatywnego), któreby wskazywały na wzmożoną przepuszczalność opon, jak n. p. obniżenie ilości chlorków, wzmożenie ilości cukru, pojawienie się ciał obcych dla płynu przesiąkniętych ze surowicy; jeżeli jednak takie zmiany występują, to stoją one na drugim planie wobec jaskrawszych zmian ściśle wewnątrzoponowych (endomeningealnych).

Cały zespół objawowy kiłowy w płynie m.-rdz. można zatem uważać jako połączenie objawów zapalnych przewlekłych (cytologicznych i białkowych) z objawami pochodzenia wewnątrzoponowego (endomeningealnego), przy zupełnym braku zaburzeń w przepuszczalności opon. Pogląd ten potwierdzają opinje autorów zagranicznych jak Lange, Esskuchen, Nonne, Fontecilla, Guillain i inni, którzy przy schorzeniach kiłowych otrzymywali stale wyniki o charakterze zmian wyżej wymienionych.

Przechodząc do omówienia drugiej części postawionego sobie zadania, t. j. rozpatrzenia odrębności serologicznych poszczególnych postaci chorobowych zachorzenia kiłowego centralnego układu nerwowego, wypada na pierwsze miejsce wysunąć paraliż postępujący.

W paraliżu postępującym (tabl. II. 1) znajdujemy naogół najjaskrawsze zmiany patologiczne w płynie m.-rdz.,t.j. największe odchylenia od normy, i to zarówno pod względem ilościowym jak i pod względem jakościowym. Wewnątrzoponowy charakter tych zmian uwydatnia się dobitnie. Więc ilość ciałek przeważnie jest wzmożona od 15 do 150 w 1 ccm, a ilość białka od 0,040 — 0,200%, uderza znaczna przewaga ilościowa globulin nad albuminami (współczynnik białkowy 1/1 — 7/5) i euglobulin nad innemi globulinami: odczyn Weichbrodta prawie zawsze występuje silniej od odczynu Nonnego; szemat graficzny przedstawia krzywą paralityczną w 100% przypadków przy odczynie złotowym i w 70% przypadków przy odczynie benzoesowym.

Pozatem, spotykają się nieraz (zwłaszcza w przypadkach starych) przy najwybitniejszych zmianach endomeningealnych, jeszcze dodatkowe objawy wzmożonej przepuszczalności opon, które jednak nigdy nie zacierają zespołu endomeningealnego, gdyż polegają one: 1) na niezbyt znacznej domieszce (do 12%) leukocytów wielojądrowych, 2) na obniżeniu ilości chlorków, nieraz do 0,680%, i na pewnem wzmożeniu ilości cukru, 3) na przedłużeniu krzywej paralitycznej (wybitnie endomeningealnej) w prawo, tak że sięga ona do obrębu strąceń transsudatywnych (do VI-IX próbówki przy odczynie złotowym, i do X-XIII przy odczynie benzoesowym).

Dlatego też próby funkcjonalne na przepuszczalność opon nie wypadają zawsze ujemnie, jak należałoby się spodziewać przy schorzeniu wewnątrzoponowem; wypada też nadmienić, że próba Mestrezata wykazuje często wzmożenie azotanów do 0,0025%.

Możemy stąd wnioskować, że 1) pojawiają się niekiedy przypadki porażenia postępującego, w których obok typowych zmian patologicznych pochodzenia endomeningealnego, spotykamy pewne objawy wskazujące na wzmożoną przepuszczalność opon, 2) zespół objawów endomeningealnych występuje zawsze ze znacznem nasileniem. Jeżeli objawy te nie są wyraźne wzgl. nie sięgają do „minimum“ (cfr. tablicę), to możemy wykluczyć paraliż postępujący (chodzić wtedy może o inną postać choroby kiłowej).

Badania nasze potwierdzają rezultaty badań Langego, Nonnego, Fontecillaego i in., a stoją w sprzeczności z wynikami badań Esskuchena i Kafki, którzy utrzymują, że w płynie paralityków wyjątkowo zmiany, o których mowa, mogą być minimalne.

Co do kiły mózgo-rdzeniowej (tabl. II, 2), to zmiany patologiczne w płynie nie są tak jednolite jak w paraliżu postępującym, gdyż zachodzą tu dość znaczne wahania ilościowe z nasileniem choroby (ilość ciałek waha się od 0,5 do 300, ilość białka od 0,025 do 0,300%), jakoteż i jakościowe, albowiem spotykamy z jednej strony obrazy podobne do paraliżu postępującego, z drugiej strony zaś obrazy, zbliżone do zespołu zapalnego transsudatywnego. Tłómaczy się to wielorakością obrazów anatomicznych tego schorzenia, oraz wpływem swoistego leczenia na proces chorobowy. Postacie chorobowe endarterityczne oraz przypadki długo i intensywnie leczone dają obrazy słabe, natomiast postacie oponowe przedstawiają obrazy z jaskrawemi zmianami patologicznemi, przyczem znowu ostre zapalenie kiłowe, które powstało nagle i gwałtownie, daje obraz podobny do zapalenia transsudatywnego. W kile m.-rdz. naogół charakter endomeningealny objawów chorobowych w płynie nie jest tak silnie zaznaczony, jak w paraliżu postępującym, tak że np. przewaga odczynu Weichbrodta nad odczynem Nonnego nie jest częstą, przeciwnie — prędzej naodwrót. Postacie chorobowe kiły m.-rdz. z kilakami zajmują miejsce pośrednie między formami endoarteritycznemi a oponowemi; należy pamiętać jednakże o tem, że kilak o dużych rozmiarach może spowodować, zależnie od swego umiejscowienia, powstanie zespołu zastoinowego lub zespołu kongestji oponowej („Congestion meningée“); tak samo meningo-myelitis syphylitica daje, jeżeli zamyka całkowicie kanał kręgowy, zespół zastoinowy skombinowany z objawami kiłowymi zapalnymi (pleocytoza, odczyn Wassermanna i t. d.). Ta rozmaitość procesów chorobowych wyraża się nieregularnością w odczynach koloidalnych, zwłaszcza w odczynie złotowym, jako

najczulszym. Spotykamy tu z jednej strony ledwie zaznaczoną zmianę barwy w obrębie III-IV próbówki, z drugiej strony znowu silną krzywą kiłową od II-V próbówki, z maximum (zabarwienie niebieskie) w próbówce III., albo znów krzywą paralityczną (rzadko); w postaciach chorobowych kiłowych oponowych wpływają zmiany transsudatywne na formę krzywej złotowej, przesuwając krzywą na prawo do V. próbówki (rzadko dalej), albo też powodując krzywą podwójną, najczęściej spotykaną przy poprzecznem zapaleniu rdzenia, jako objaw kombinacji zapalenia kiłowego i zastoiny.

Podobne zmiany chorobowe w płynie spotykamy przy wiądzie rdzenia (tabl. II., 3), tylko że tutaj, wobec wiekszej jednolitości procesów chorobowych i wobec nieznacznego wpływu leczenia, niema tej różnorodności obrazów, co w kile m.-rdz. Natomiast można tutaj rozróżnić dwie zasadnicze kategorje odmian chorobowych: pierwszą kategorję stanowią przypadki początkowe albo stare, nie postępujące, przy których zmiany w płynie są bardzo słabe, drugą kategorję przedstawiają przypadki w pełnym rozwoju, z intensywnie postępującym procesem chorobowym, przy których zmiany patologiczne w płynie są bardzo znaczne, o typie wyraźnie endomeningealnym, nieraz prawie nie różniącym się od paraliżu postępującego; pod względem nasilenia ilościowego nie osiągają one jednak tego stopnia, który spotykamy w niektórych postaciach chorobowych oponowych kiły mózgo-rdzeniowej, gdzie np. ilość ciałek białych wynosi 500, ilość białka dochodzi do 0,300%. Przy wiądzie rdzenia natomiast najwyższe liczby są: 200 ciałek białych w 1 cmm i 0,150% białka.

Co do wiądu, początkowego lub wstrzymanego, to — taksamo nieraz przy kile m.-rdz. — spotykamy obrazy, gdzie zmiany sprowadzają się jedynie do lekkiego wzmożenia ilości białka (0.025%) z łagodnie przebiegającą krzywą złotową o charakterze endomeningealnym. Jak już poprzednio zaznaczyliśmy, w żadnem kiłowem schorzeniu ośrodkowego układu nerwowego płyn nie jest normalnym — dotyczy to więc również wiądu rdzenia, mimo że niektórzy autorzy twierdzą, że zachodzą przypadki wiądu rdzenia bez zmian patologicznych w płynie.

Odczyny koloidalne dają przy wiądzie rdzenia, zależnie od tego, czy to jest wiąd początkowy, czy wiąd w pełnym rozwoju, — wyniki w jednym wypadku słabe, w drugim — silne, jednak znowu nie tak rożnorakie jak przy kile m.-rdz. Odczyn benzoesowy daje mniej lub więcej silny i rozległy wypad w strefie I-V pró-

bówki, zależnie od postaci chorobowej wiądu, a odczyn złotowy przy wiądzie początkowym lub wstrzymanym wykazuje już minimalną krzywą w rejonie III i IV próbówki, a przy wiądzie postępującym — bardzo silną krzywą, zaczynającą się już od pierwszych próbówek, więc zbliżoną do typu paralitycznego, a nieraz wprost identyczną z nim; innych postaci krzywych przy wiądzie rdzenia nie spotkałem, zwłaszcza nigdy nie widziałem wyraźnej krzywej podwójnej.

Porównanie powyżej opisanych 3 obrazów chorobowych wykazuje, że w laboratorjum jedynie jeszcze nie da się przeprowadzić absolutnej granicy między temi postaciami kiły ośrodkowego układu nerwowego, możemy najwyżej tę lub inną postać wykluczyć. Prawie każdy ze wspomnianych objawów patologicznych płynu zachodzi we wszystkich postaciach chorobowych nerwowych organicznych. Wzmożenie np. ilości globulin (reakcja Nonne-Appelta +), typowy objaw kiły nerwowej, najczęściej spotykamy w porażeniu postępującem, lecz może ono też występować w innych schorzeniach, nawet niekiłowych, o ile tylko ogólna ilość białka jest nadmiernie wzmożona. Pozatem, w kile ośrodkowego układu nerwowego stale występujący zespół endomeningealny może — zależnie od umiejscowienia procesu chorobowego — być skombinowany z zespołem transsudatywnym, bądź też ze zespołem zastoinowym.

Dlatego nie należy powodować się w djagnostyce laboratoryjnej jednym lub kilkoma występującymi w płynie objawami jako miarodajnymi. Jeżeli pragniemy rozbudować systematyczną djagnostykę na podstawie zmian patologicznych w płynie mózgo rdzeniowym, to powinniśmy się opierać na wzajemnym stosunku poszczególnych objawów oraz na ich zespołach. Takiego rodzaju djagnostyka laboratoryjna doprowadzi do rozpoznania schorzenia kiłowego centralnego systemu nerwowego wogóle i wskaże we większości przypadków na pewną postać chorobową, i da niewątpliwie cenną pomoc klinicyście, który, zestawiając rozpoznanie laboratoryjne z obrazem klinicznym, będzie mógł łatwiej usunąć wątpliwości co do procesu chorobowego, o który w danym przypadku chodzi.

W końcu pozwalam sobie wyrazić podziękowanie panu Dyrektorowi Drowi med Drowi phil. Al. Piotrowskiemu za przekazanie mi tematu i za łaskawą pomoc przy opracowaniu zadania.

TABLICA I.

Znaczenie objawów płynu mózgowo-rdzeniowego, występujących w porażeniu postępującem oraz w innych schorzeniach kiłowych ośrodkowego układu nerwowego.

I. Objaw ogólny wszelkich procesów patologicznych w płynie m.-rdzeniowym.
Wzmożenie ogólnej ilości białka.

II. Objawy stanu zapalnego przewlekłego:
Wzmożenie ilości ciałek białych w płynie, z przewagą limfocytów nad leukocytami.

III. Objawy endomeningealne, t. j. objawy pochodzące z wewnątrz worka oponowego:
1. Wysoki współczynnik białkowy: ponad 1/2.
2. Silny odczyn Nonnego przy stosunkowo nieznacznie wzmożonej ilości białka ogólnego.
3. Krzywe po stronie lewej, jako wyniki odczynów koloidalnych: złotowego, benzoesowego i mastyksowego.

IV. Objawy swoiste dla kiły:
Dodatnie odczyny: Wassermanna, Sachs-Georgiego i Meinickego.

Zespół zapalny endomeningealny t. j. zespół charakteryzujący zapalny proces wewnątrz worka oponowego.

Ciśnienie: normalne, lub wzmożone.
Ilość ciałek: wzmożona (4—450) z przewagą limfocytów.
Ilość białka: wzmożona (0,025—0,150%).
Ilość globulin: wzmożona (0,010—0,070%).
Współczynnik białkowy: wysoki (1/2—7/5).
Nonne I: +; silny.
Weichbrodt: +; ≥ Nonnego
Pandy: +
Ilość chlorków: normalna (0,720%)
„ cukru: normalna (0,60%)

Odczyn benzoesowy: próbówki	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
minimum:	0	0	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0	0
maximum:	2	2	2	2	2	2	2	1	0	0	0	0	0

Odczyn złotowy: próbówki:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
minimum:	cz	cz	f	f	cz	cz	cz	cz	cz	cz	cz	cz	cz
maximum:	b	b	b	b	b	n	f	cz	cz	cz	cz	cz	cz

TABLICA II.

Zespoły objawów patologicznych, charakterystyczne dla poszczególnych postaci kiły ośrodkowego układu nerwowego.

1. Paraliż postępujący.

Ilość ciałek: zawsze wzmożona
5 — 15 (20 %)
15 — 150 (70 %)
150 — 350 (10 %)

Rodzaj ciałek: prawie wyłącznie limfocyty; domieszka leukocytów 9 — 15 %.

Ilość białka: zawsze wzmożona
0,030 — 0,040 (4 %)
0,040 — 0,200 (93%)
0,200 — 0,400 (3 %)

Współczynnik białkowy: 1/1 — 7/5

Nonne: + (95%); już przy zawartości 0,030 % białka

Weichbrodt: + (97 %); > Nonnego (82 %)
= „ (18 %)

Pandy: + (100 %)

Odczyn benzoesowy:

próbówki:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
wyniki:	2	2	2	2	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0

Odczyn złotowy:

próbówki:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
wyniki:	b	b	b	b	b	n	f	cz	cz	cz

Ilość chlorków:	normalna lub	0,702 — 0,740 %
		0,680 — 0,702 %
Ilość cukru:	nieznacznie zmieniona	0,050 — 0,080 %

Odczyn Wassermanna: + (90 %), już przy ilości 0,1 płynu.
„ „ we krwi: + (60 %).

2. Kiła mózgowo — rdzeniowa.

Ilość ciałek: wzmożona w 90 %
0,5 — 3 (10 %)
4 — 10 (20 %)
10 — 500 (60 %)

Rodzej ciałek: prawie wyłącznie limfocyty.

Ilość białka: 0,25 — 0,300 %; t. j. wzmożona (w 100 %)

Współczynnik białkowy: 1/3 — 1/1

Nonne I: + (50 %);

Weichbrdt: + (50 %) > Nonnego (10 %)
= „ (40 %)

Pandy: + (100 %)

Odczyn benzoesowy:

próbówki:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
wyniki:	0	1	2	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0

Odczyn złotowy:

próbówki:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
wyniki:	cz	f	n	n	f	cz	cz	cz	cz	cz

Ilość chlorków:	normalna prawie zawsze	0,702 — 0,740 % (85 %) 0,680 — 0,702 % (15 %)
Ilość cukru:		0,050 — 0,080 %

Odczyn Wassermanna: +; z il. 1,0 ccm. (60%); z il. 0,2 tylko 5%
„ „ we krwi + (55 %)

3. Wiąd rdzenia.

	A. Tabes incipiens et residualis	B. Tabes activa
Ilość ciałek:	1 — 8	10 — 200 (zawsze wzmożona)
Rodzaj ciałek:	prawie wyłącznie limfocyty.	
Ilość białka:	zawsze wzmożona 0,025 — 0,040	zawsze znacznie wzmożona 0,060 — 0,150
Współczynnik białkowy:		1/1 — 1/2
Nonne I,	—; ew. ±	+ (100 %)
Weichbrodt:	—	+ (100 %); > Nonnego (50 %) = „ (50 %)
Pandy	+ (100 %)	+ (100 %)

Odczyn benzoesowy:

próbówki:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
wyniki:	0	2	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0

Odczyn złotowy:

próbówki:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
wyniki:	cz	f	n	cz	cz	cz	cz	cz	cz	cz

Ilość chlorków:	zawsze normalna	0,702 — 0,740 %
„ cukru:		0,050 — 0,080 %

Odczyn Wassermanna: + z il. 1,0 ccm (60 %), z il. 0,1 zawsze —
„ „ we krwi + (44 %).

Hôpital Psychiatrique public de Dziekanka—Dir. Dr. med.Dr. phil. Al..PIOTROWSKI.

Examens de contrôle sur la symptomatologie du liquide céph.-rachidien dans la paralysie générale et dans les autres affections syphilitiques du système nerveux central.

Par J. Medem.

Rapport préparé pour le XIIIème Congrès des Médecins et des Naturalistes Polonais à Wilno, le 26—29 Septembre 1929.

Passant en revue le développement des recherches sur les réactions pathologiques du liquide céph.-rachidien dans les affections syphilitiques du système nerveux central, l'auteur discute les résultats qu'ils a obtenus de l'examen d'environ 200 liquides céph.-rach. provenant des malades atteints de p. g., de syphilis cérébrale et de tabes. D'après lui, la réaction de Bordet-Wassermann ainsi que les autres réactions sérologiques, quand on les a effectuées avec des quantités croissantes, étaient positives; surtout dans la p. g., mais elles peuvent être absentes. Les réactions chimiques et coloidales ne manquaient jamais dans le liquide syphilitique de quoi l'auteur conclut qu'il n'y a pas de syphilis nerveux quand le liquide est normal.

Comme on ne connait pas encore de différence absolue entre les images pathologiques du liquide, on ne peut pas faire aujourd'hui au laboratoire avec certitude un diagnostic différenciel absolument exacte des différentes formes de la syphilis du système nerveux central.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka
Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Organizacja opieki nad psychopatami oraz metody leczniczo-wychowawcze w tej dziedzinie.

Referat zgłoszony na XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich we Wilnie, w dniach 26—29. IX. 1929.

Skreślił Dr. J. GAWROŃSKI.

Cel pracy niniejszej, to treściwe zobrazowanie opieki nad dziatwą psychopatyczną i jej rodzicami, jaką podjąć należy w odradzającem się Państwie Polskiem.

Rozpoczynając nasze rozważania w tym kierunku charakkterystyką typów psychopatycznych w wieku dziecięcym, młodocianym, dojrzałym i starczym, zaznaczamy, że najwięcej spotykaną u nich cechą jest w porównaniu z normalną psychiką — zmniejszona wartość psychiczna Ta charakteryzująca psychopatów cecha, odziedziczona lub nabyta, jest zawsze syntetyczną wypadkową dysproporcji w rozbudowie i w ostatecznej krystalizacji elementów morfologicznych aparatu mózgowego, a więc w niedorozwoju jednych i przeroście drugich oraz niedociągnięciach w ich wzajemnej koordynacji. Odpowiednikiem dysproporcji morfologicznej jest funkcjonalna dysharmonja nieprawidłowo rozwiniętych władz psychicznych, szczególnie dotyczących uczucia, wyobraźni oraz woli i wypływający stąd brak równowagi duchowej, ujawniający się w nienormalnych (asocjalnych najczęściej) reakcjach na przeciętne bodźce otaczającego życia. Ten brak równowagi nieprzystosowanej do warunków otoczenia osobowości psychopatycznej wywołuje w jej upośledzonej psychice nieustanne konflikty z życiem, kumulacja których załamuje ją i ostatecznie wpędza w psychozę. Psychoza jest więc końcowym efektem, powstałym w niezrównoważonej psychice osobowości psychopatycznej pod wpływem nieustannych tarć z otoczeniem. To też rzesze psychopatów, oscylując stale w pasie granicznym między psychosferą normalną i psychotyczną, zbliżają się pod wpływem coraz trudniejszych warunków życiowych, a więc ciągłej walki wewnętrznej, do psychosfery psychotycznej; z psychopatów stają się psychicznie chorymi.

W Polsce niema dotąd żadnych zgoła zorganizowanych celowo i racjonalnie poczynań natury psychohygjenicznej i leczniczo-wychowawczej na szerszą skalę, któreby zapobiegały powyżej wspomnianemu smutnemu zjawisku masowego zapadania psychopatów w psychozę. Otwiera się więc nowe pole pracy społecznej o specjalnym zakresie, mianowicie organizacja opieki państwowo-społecznej nad psychopatami, oraz metod psycho-hygjenicznych i leczniczo-wychowawczych w tej dziedzinie. Nie zagłębiając się w charakterystykę poszczególnych postaci i typów psychopatycznych oraz ich klasyfikację, aby nie przekroczyć zakreślonych granic tej pracy, wyznam z naciskiem na wstępie jako przedstawiciel objętej niniejszym tematem działalności w kraju naszym, organizujący i prowadzący zakłady leczniczo-wychowawcze dla młodocianych psychopatów od lat 25, że jest to wdzięczne pole pracy i im wcześniejszej i umiejętniejszej gleba psychopatyczna podlega uprawie,

tem staje się w przyszłości wydajniejsza i w owocowaniu swojem zbliża się do normalnej, a nawet ją nieraz przewyższa, o ile się stale znajduje w odpowiedniej dla siebie psychosferze.

A i nieuleczalni z pośród psychopatów wskutek obarczenia dziedzicznego nie są straceni dla społeczeństwa, bo i oni pod wpływem umiejętnej opieki, tak jak osobniki matołkowate, mogą się stać pożytecznymi, choć nie samodzielnymi, pracownikami fizycznymi.

W głębokiem przekonaniu, że nakład w pracy i środkach pieniężnych, związany z omawianem przedsiewzięciem, opłaci się sowicie, gdyż historja i praktyka życiowa nas poucza, ilu to z pośród psychopatów rekrutowało się wybitnych osobników we wszystkich dziedzinach działalności ludzkiej i jak z drugiej strony rozwijający się samopas psychopata obniżał wskutek dziwactw oraz ustawicznej zmienności niezrównoważonego charakteru niepospolite dzieła swego ducha, przechodzę do zobrazowania metod psycho-hygjenicznych i leczniczo-wychowawczych oraz organizacji opieki społeczno-państwowej nad osobnikami o konstytucji psychopatycznej, widząc w tych zabiegach realne korzyści życiowe zarówno dla tej kategorji zwyrodniałych psychicznie jak i dla narodu, który potrafił je w czyn wprowadzić. Pozatem twierdzę, że obowiązkiem wolnego Państwa jest odpowiednie zorganizowanie opieki nad psychopatami dlatego, że jest to rodzaj niewinnie upośledzonych przez dziedziczność istot, które narażone są w stworzonem przez nastawionych psychopatycznie życiodawców środowisku na szkodliwe wpływy wychowawcze, rozwijające i potęgujące odziedziczone zawiązki mniejwartości psychicznej. W takich przypadkach jedynie wskazaną jest interwencja psychohygjeniczna, eliminująca dziatwę z podobnych środowisk nienormalnego współżycia i wprowadzająca w atmosferę leczniczo-wychowawczą, która by nietylko była zdolną neutralizować szkodliwe wpływy wychowania rodzicielskiego resp. szkoły normalnej, a więc usunąć wszystkie nabyte naleciałości wychowawczo-szkolne ujemnej natury, ale potrafiła zapobiec rozwijaniu się odziedziczonych właściwości psychopatycznych, walcząc z nimi w okresie ich kiełkowania i wyrywając chwasty psychiczne w zarodku.

Pierwszy akt tej dobroczynnej działalności, t. j. eliminowanie dziatwy psychopatycznej z ognisk rodzinnych, nie może odbywać się przymusowo, ale za zgodą rodziców, głęboko przekonanych o konieczności tego radykalnego kroku dla dobra ich upo-

śledzonego konstytucjonalnie potomstwa, tem więcej, że rodzice muszą ponosić koszta nowego kierunku wychowawczo-kształcącego; li tylko bezdomna i niezamożna dziatwa tego typu winna być utrzymywana w zakładach leczniczo-wychowawczych na koszt Państwa, ewtl. odpowiednich organizacji społecznych. Akcja wychowawczo-szkolna musiała by w tej dziedzinie stanąć na wysokości zadania, aby nietylko imponowała samym rodzicom i neutralizowała ich nieufność do tej działalności, ale aby była w stanie pełnić zadania wyżej nakreślone i tem samem osiągnąć cel pożądany.

Akcja opieki lecznictwa wychowawczego w tym stylu musi być poprzedzoną przez zabiegi przygotowawcze, realizowane w dwóch kierunkach. Pierwszy kierunek polegać ma na uświadamianiu szerokich mas o procesach powstawania konstytucji psychopatycznej, o różnorodnych zespołach objawów cielesnych i duchowych, zdradzających taką konstytucję od najwcześniejszego dzieciństwa aż do wieku dojrzałego, o prawach dziedziczenia, o niemocy wychowawczej dotkniętych psychopatją rodziców i płynących stąd szkodliwości dla ich potomstwa, o niebezpieczeństwach, jakie grożą młodocianym typom psychopatycznym w okresie pokwitania, o wiszącej nad nimi możliwości zapadnięcia w psychozę, o potrzebie ściślejszej ich obserwacji przez lekarzy-psychjatrów, o konieczności systematycznych i celowo zorganizowanych zabiegów zapobiegawczych i leczniczo-wychowawczych poza ogniskiem rodzicielskiem w specjalnych zakładach, o potrzebie stwarzania samopomocy społecznej w tym kierunku przez odpowiednie organizowanie zrzeszeń rodzicielskich, zainteresowanych sprawą ratowania dziatwy psychopatycznej przed ostatecznem zwyrodnieniem, i t. p. W tym celu należy wykorzystać wszystkie odłamy prasy, firmy wydawnicze, uniwersytety ludowe, radjo, założyć wreszcie popularne pismo, poświęcone tej sprawie, gdyż wydawany w Warszawie kwartalnik „Szkoła Specjalna" i zapoczątkowana od niedawna „Bibljoteka Pedagogiki Leczniczej", z której wyszła już treściwa praca dr. W. Sterlinga p. t.: „Dziecko psychopatyczne", jest obliczona raczej na sfery kierownicze nauczycielskie szkół specjalnych, nie zaś na popularyzację omawianej tu sprawy w szerokich kołach społeczeństwa. Czasopismo takie, zatytułowane powiedzmy: „Psychopata" albo „Lekarz-wychowca", będzie nietylko czynnikiem uświadamiającym, doradczym i informacyjnym, ale stałą ekspozyturą zapoczątkowanej i rozwijającej się działalności w tej dziedzinie, co przyczyni się niezawodnie do szybszego i racjonalniejszego rozwoju

całej organizacji. Drugim zabiegiem przygotowawczym jest zakładanie poradni, po jednej w każdem województwie, dla ogarnięcia całego materjału psychopatycznego z dzieci, ich rodziców i rodzin pod względem wywiadowczym, rozpoznawczym, rasowym i statystycznym. Aby takie poradnie odpowiedziały swemu zadaniu, winny one być połączone z internatami, w których okres pobytu dziatwy ustalony ma być przeciętnie na pół roku, od którego to okresu można będzie, indywidualizując, odstępować. Wiadomą bowiem jest rzeczą, że normalne dziecko we wczesnem dzieciństwie jako istota z natury rzeczy niedorozwinięta, zdradza objawy niezrównoważenia psychicznego i pod tym względem zbliża się do typu psychopatycznego, albo też, dzięki swej suggiestywności, naśladuje dziwactwa, nałogi i t. p. otaczających je osobników psychopatycznych, albo dzięki bujnej fantazji i nadmiernej wrażliwości odznacza się kłamliwością (pseudologia phantastica), wreszcie w okresach rozwojowych, kiedy charakter normalnego skądinnąd dziecka nie jest jeszcze skrystalizowany, występują pojedyńczo najrozmaitsze objawy anormalne, które rodzicom nastręczać mogą obawy, że ich dziecko jest psychopatyczne. Takie dzieci, poddane ściślejszej obserwacji specjalisty w poradniach, wzgl. rychło wykażą swoją normalną, choć nierozwiniętą strukturę psychiczną i nie potrzebują dlatego przebywać tam aż pół roku, inne zaś wymagają takiej obserwacji przez czas dłuższy, jeżeli np. objawy psychopatyczne występują okresowo i w większej ilości (mianowicie w momentach krytycznych rozwoju jak wyciąg, menstruacja i t. p.) i zdradzają tylko wówczas osobowość psychicznie nienormalną. Zadanie poradni, które będą w pierwszym rzędzie stacjami obserwacyjnemi, polega na ścisłem postrzeganiu objawów somapsychicznych dzieci oraz ich rodziców jako przychodzących dla konsultacyj, konferencyj, wywiadów, na stwierdzeniu stopnia, jakości i wielostronności obciążenia dziedzicznego, sporządzaniu kart obserwacyjnych, wzorów gienealogicznych, określaniu indywidualnych objawów parasomatycznych i parapsychicznych oraz ich zespołów i wzajemnej ich odpowiedniości, na ustaleniu typów, kategorji oraz obrazów osobowości psychopatycznej, wykreślaniu indywidualizujących metod leczniczo-wychowawczych już to w ogniskach rodzinnych w przypadkach lżejszych (dégénérés supérieurs) i tam, gdzie rodzice dają gwarancję wychowania dziecka według wskazówek lekarzy i wychowawców poradni, utrzymania z nimi stałego kontaktu oraz zezwolenia wglądu w ognisko rodzicielskie dla racjonalizowania życia dziecka-psycho-

paty, wreszcie zalecania zabiegów terapeutycznych, mechanicznych, fizykalnych, chemicznych i chirurgicznych, o ile tego zajdzie potrzeba ze względu na poprawę ogólnej konstytucji (niedokrwistość, nerwica serca) lub poszczególnych niedomóg jak szeplenienie, jąkanie się, zajęcza warga, niemota przy zachowanym słuchu i t. p).

Naczelnym nakazem dla lokalizacji poradni, nie mówiąc już o zakładach wychowawczo-szkolnych o charakterze leczniczym i odradzającym, winna być bezwarunkowa dezurbanizacja, co wobec wzrastającej lokomocji pozamiejskiej (kolejki, tramwaje elektryczne) nie powinno napotkać na poważne trudności, tembardziej, że zdobycie obszerniejszych lokali w miastach, szczególnie z otaczającą je obszerniejszą połacią ziemi, stało się dziś i na dalszą przyszłość wprost niemożebne. A więc w okolicach pozamiejskich, w przyzwoitej odległości od zbiorowisk ludzkich, winna być zorganizowana poradnia czyli stacja obserwacyjna dla dziatwy i młodzieży psychopatycznej w taki sposób, aby ona w swoim ustroju była zasadniczo podobna do zakładów leczniczo-wychowawczych dla tejże dziatwy i młodzieży i stała się tem samem asymilującym czynnikiem przeżutego i przetrawionego rozpoznawczo materjału dziecięcego dla organizacji wychowawczo-szkolnej, w której będzie długi okres czasu przebywać dziecko po opuszczeniu poradni. Lokal poradni składać się ma z poczekalni, z gabinetu lekarskiego, pokoju przełożonego lub przełożonej, obszernej sali rekreacyjnej i jadalnej z werandami dla całego zbiorowiska dzieci i personelu, jednej lub dwóch sal zajęć 10 x 10 m na dwadzieścia dzieci każda, zależnie od ilości dzieci w poradni (maximum 40 dzieci), pokoi sypialnych dla wychowawczyń (po 2 wychowawczynie w pokoju), sal sypialnych dla dzieci (po 10 dzieci w jednej sali), infirmerji, szatni, rozbieralni, kuchni, spiżarni, umywalni, dwóch łazienek po 2 wanny, 2 ubikacji klozetowych (po 3 siedzenia) dla dziatwy i personelu wychowawczego (pisuary dla chłopców), przestronnego, widnego kurytarza i hali do zebrań towarzyskich, uroczystości i t. p. Około domu ma być paromorgowy ogród, w nim mieszkanko dla oddźwiernego i parobka, szopa ogrzewana, przeznaczona na pracownię dla dzieci, skład materjałów i opału. Personelu wychowawczego,licząc w poradni maximum 40 dzieci, winno być 10 osób dziennej służby, t. j, jedna na czworo dzieci, która staje się ich przybraną matką resp. ojcem i stale z nimi przebywa. Z tych dziesięciu dwie dyżurne nocne, zmieniające się co tydzień, natomiast dwie rezerwowe na zastępstwo dzienne. Poradnia w takich warun-

kach może być koeduacyjną. Lekarz-psychjatra, odpowiednio do tej pracy przygotowany, odwiedza poradnię codziennie, bada nowoprzyjęte dzieci i decyduje o przyjęciu ich do poradni, obserwuje dzieci internowane przy zajęciu i zabawie, przegląda raporty o zachowaniu się dzieci i omawia je wspólnie z personelem wychowawczym, modyfikuje sposoby postępowania z dziećmi, przepisuje zabiegi wychowawcze, wyznacza zajęcia, indywidualizując i przystosowując je do możliwości fizjologicznych i psychicznych danego dziecka, odbywa konferencje z rodzicami i t. p. Ostateczne orzeczenie, rokowanie oraz dalsze postępowanie z dzieckiem po opuszczeniu poradni decyduje komisja, złożona z dwóch dobranych doradców: lekarza-psychjatry i pedagoga, pracującego w dziedzinie wychowania specjalnego, resp. lekarza-wychowawcy. Lekarz ordynujący w poradni ma prawo korzystania z konsultantów w każdej gałęzi medycyny oraz porad wypróbowanych sił wychowawczych. Stosunek lekarza ordynującego do całokształtu pracy i osób, pracujących w poradni, objęty jest odpowiednim regulaminem.

Jasną jest rzeczą, że tego rodzaju praca specjalna wymaga od lekarza-psychjatry odpowiednich studjów przygotowawczych z dziedziny psychologji, psychohygjeny i psychopatologji dziecięcej, gruntownego poznania osobowości psychopatycznej w jej objawach rozwojowych, w życiu dojrzałem i starczem oraz zabiegów leczniczo-szkolnych względem dziecka psychopatycznego. Tylko lekarz-psychjatra, mający za sobą powyższe studja i odpowiednią praktykę, może przyjąć na siebie odpowiedzialność za prowadzenie podobnej poradni. Stąd wniosek, że w rozwoju kultury narodowej otwierają się dla lekarzy-psychjatrów nowe placówki działalności, ale też i nowe obowiązki, do których odpowiednie przygotowanie jest niezbędne. W tym celu winny powstać przy katedrach uniwersyteckich psychjatrji specjalne wykłady psychohygjeny, psychopatologji dziecięcej i psychopatji i ci kandydaci, którzy mieliby się poświęcić pracy leczniczo-wychowawczej nad dziatwą i młodzieżą psychopatyczną będą, mając propedeutykę psychologiczną i wychowawczą poza sobą, przygotowani na stanowiska lekarzy powyżej scharakteryzowanych poradni. Byłaby to dla nich jedynie odpowiednia praktyka, przygotowująca do stanowisk lekarzy-ordynatorów i dyrektorów zakładów leczniczo-wychowawczych, gdyż jak zaznaczyłem wyżej, organizacja i technika prowadzenia poradni winny być etapem poprzedzającym organizację i prowadzenie uzdrowisk dla psychopatów.

Na zakończenie tego referatu o organizacji opieki nad psychopatami i o metodach leczniczo-wychowawczych w tej dziedzinie wypada jeszcze scharakteryzować typowe uzdrowisko leczniczo-wychowawcze, jakich pewna ilość w miarę zapotrzebowań, wskazanych przez praktykę poradni, musi powstać w Państwie Polskiem.

Poza granicami Polski, na Zachodzie Europy, są stosowane od paru dziesiątków lat metody wychowawczo-szkolne dla dziatwy niedorozwiniętej i psychopatycznej, które w pewnej mierze przyjęły się i u nas, mianowicie: Decroly'ego w Belgji, Trüpera w Niemczech i Hellera w Austrji. Odbiegają one od metod szkoły normalnej, opierając się nie na uprawianym w niej werbaliźmie, ale na bezpośredniem zetknięciu z przyrodą, na obserwacji i asocjacji myślowej, wysnutej ze zdobytych wrażeń i obrazów pamięciowych, związanych z podpatrzoną rzeczywistością, na pracy rąk własnych, na zabawie intellektualnej o cechach specjalnych, na przystosowaniu się do potrzeb każdego dziecka, mają więc charakter wybitnie wychowawczy, twórczy i indywidualizujący.

Pracując od 1904 r. w tworzonych przez siebie zakładach leczniczo wychowawczych dla dziatwy polskiej o zmniejszonej wartości psychicznej w Warszawie, Vevey (francuska Szwajcarja) i Poznańskiem, wprowadziłem w życie, niezależnie od wspomnianych metod, syntezę środków wychowawczo-kształcących dla dziatwy omawianego typu i stopniowo powiązałem je w system, któremu dałem wyraz w ogłoszonej w r. 1925 pracy: „Szkoła Odrodzenia"*. Wysnuty z praktyki leczniczo-wychowawczej i oparty na przeżyciach wychowawczo szkolnych, system ten nie różni się zasadniczo od wyżej wspomnianych, gdyż podstawową jego właściwością jest przystosowanie się do organizacji dziecka wogóle i dziecka mniej wartościowego w szczególności, posiada bodźce rozwojowe bardzo silne i ożywiające ustrojowość dziecięcą, a przytem oszczędza jej przyrodzone somapsychiczne energje, co specjalnie w stosunku do dziatwy psychopatycznej, łatwo się wyczerpującej, ma w jej wychowaniu i szkoleniu specyficzną wartość. Pozatem system ten w jego metodach i zabiegach, licząc się z psychiką polskiego dziecka, jego nadmierną uczuciowością, wybujałą fantazją i skłonnością do marzycielstwa, co u natur psychopatycznych występuje w formach bardzo jaskrawych, stara się ująć te skłonności w ramy konkretnej i życiowo usprawiedliwionej rzeczywistości, ożywionej

---

* Dr. J. Gawroński: Szkoła Odrodzenia — Nakład Fiszera i Majewskiego, Poznań 1925.

przytem ideologją polską. Typowe więc uzdrowisko leczniczo-wychowawcze, zorganizowane w myśl powyższych zasad, przedstawia się w szkicowem zobrazowaniu następująco. Jest to obszerny park pedagogiczny, a więc szkoła terenowa na świeżem powietrzu, z szeregiem łożysk do ruchowej metody nauczania przedmiotów



Lekcja Geometrji.

szkolnych przy jednoczesnem stosowaniu pracy w grupach dziecięcych, połączonej z równie rytmicznem oddychaniem, czyli t. zw. pracy rytmicznej. Ośrodek tego parku stanowi „Nasza Ojczyzna“, t. j. realne odtworzenie Polski w formach miniaturowych, z dostępnemi dla dzieci zbiorowemi pracami nad jej rozbudową. W parku rozsiane są planowo domki rodzinne, gdzie psychopatyczna dziatwa, uwolniona od szkodliwych wpływów życiodawców własnych, tworzy rodziny sztuczne (w każdej sześcioro odpowiednio dobranych dzieci) pod opieką matek resp. rodziców, przygotowanych praktycznie do tego zadania w wyżej opisanych poradniach, teoretycznie zaś na istniejących już w Warszawie kursach dla szkolnictwa specjalnego. Całokształt podstaw wychowawczych i kształcących dziatwę, plan całorocznych zajęć i szereg innych właści-

wości takiego uzdrowiska przedstawiony jest we wspomnianej pracy: „Szkoła Odrodzenia", do której zainteresowanych omawianą tu sprawą odsyłam.

* * *

Hôpital Psychiatrique public de Dziekanka— Dir. Dr med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI

L'organisation de l'assistance public pour les psychopates et les méthodes de traitement médical et éducatif dans ce domaine.

Par le Dr. J. Gawroński.

Rapport préparé pour le XIIIème Congrès des Médecins et des Naturalistes Polonais à Wilno, le 26—29 Septembre 1929.

Après une brève caractéristique du psychopate et de son inclinaison pour les maladies psychiques aux époques critiques de la vie, l'auteur souligne la nécessité d'établir une assistance sociale et éducative pour les enfants de cette catégorie, de même que pour leur parents et ceci:

1. afin de propager les connaissances qui se rapportent à la genèse des maladies mentales et aux moyens d'y parer;
2. afin d'examiner les individus psychopatiques (enfants et parents) à des stations spéciales, combinées d'internats pour les enfants et donnant les moyens d'observer et d'étudier les parents qui se présentent pour consultation, ce qui fournirait les moyens de définir le degré et la qualité de transmission héréditaire, de fixer les types psychopatiques, de déterminer les méthodes de traitement à suivre soit dans la famille soit dans un établissement du type mentionné:
3. afin d'introduire une activité psychohygiénique, en systématisant la vie de l'enfant psychopate soit au sein de la famille soit dans un sanatorium au type familial;
4. afin de procurer aux psychopates le traitement médical nécessaire dès le moment ou les difficultés de la vie auraient déchainé la maladie psychique.

Enfin l'auteur caractérise ses propres méthodes de thérapie, qui présentent leur caractère spécifique et leur formes propres se manifestant par une synthèse de méthodes de mouvement dans la technique scolaire, appelée par l'auteur: „Parc psychohygiénique".

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka
Dyr. Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI.

Jak winien wyglądać nowoczesny Szpital Psychjatryczny.

Podał AL. PIOTROWSKI.

Referat zgłoszony na XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich we Wilnie w dniach 26—29 września 1929 r.

Jeszcze przed 150 laty psychicznie chorych więziono razem ze zbrodniarzami, stosując względem nich przymus, przemoc, a nawet gwałt. Gdy sobie przypomniano, że zaburzenia psychiczne są przejawami chorego mózgu, że chorzy, to nie przestępcy kryminalni, lecz istoty nieszczęśliwe, zasługujące na współczucie, wtedy odseparowano ich od więźniów i internowano w t. zw. „domach warjatów". Atoli owe instytucje nie różniły się wiele od domów karnych. Były to szczelnie zamykane i stale zamknięte budowle o oknach zakratowanych, otoczone wysokimi murami, okalającymi ciasne, ciemne podwórka. Chorzy zaniedbani, zanieczyszczeni, nie ubrani, przedstawiali pożałowania godne zjawy.

Mimo wszystko jednak pewien postęp w traktowaniu osób, dotkniętych psychozą, nie da się zaprzeczyć. Nie są to już złoczyńcy, trzymani we więzieniu, lecz pacjenci odseparowani od społeczeństwa ze względu na bezpieczeństwo publiczne.

Gdy z czasem zwyciężył pogląd, że chorzy powinni być leczeni, urządzono dla nich osobne szpitale, które na razie mało różniły się od "domów warjatów". Na te cele używano często budowli o wyglądzie fortecznym lub stawiano t. zw. „bloki" z długimi, ponurymi gankami; wszystkie części szpitala były połączone wąskimi korytarzami, niezbyt jasnymi, okna były zakratowane. W środku zabudowań znajdował się ciasny, ciemny dziedziniec, otoczony wysokimi murami.

Ciążyło na szpitalu piętno detencji.

A więc i szpital nie różnił się wyglądem zewnętrznym i wewnętrzym od domu warjatów. Wysokie mury, ponure celki ze zakratowanemi okienkami, puste ściany przejmowały zgrozą przechodniów, odstraszały wrażliwych, wywcływały bojaźń, strach i niechęć do instytucji.

Lecznictwo psychjatryczne. aczkolwiek pomysłowo skonstruowane i obfitujące w różne zabiegi, stosowane względem cho-

rych w celach uspokojenia głośnych i ubezwładnienia ruchliwych, nie było racjonalne, to jednakże nosiło już znamię pomocy lekarskiej i tem samem różniło się od praktyk dawniejszych, kiedy to chorych pozostawiono samym sobie. Myśl psychjatryczna posunęła się więc znowu krok naprzód.

Gdy liczne doświadczenia, zebrane tu i owdzie, wykazały, że ulepszenie urządzeń wewnętrznych szpitala, złagodzenie warunków życiowych i upodobnienie ich do warunków bytowania w środowisku domowem wywierało wpływ nader dodatni na chorych, zwrócono uwagę na tę stronę życia szpitalnego i poczęto w miarę środków i możności reformować szpital psychjatryczny. Reformę przeniesiono także na budownictwo przez wprowadzenie t. zw. systemu pawilonowego. Nowy zakład składał się ze szeregu pawilonów o specjalnem przeznaczeniu. Odtąd łatwiej było można segregować chorych i odpowiednio rozmieszczać po pawilonach. Starano się, ażeby zbliżyć zakład — wyglądem zewnętrznym — do estetyczniejszych budowli publicznych. Ciemne, długie, ponure, niehygjeniczne korytarze, ciasne podwórka znikały powoli ale stale. Urządzono przestrzenne, jasne i wygodne sale i wyposażono je w sprzęt domowy. Wszędzie dano dostęp światłu i świeżemu powietrzu. Kraty umieszczano tak, aby nie raziły przechodnia. Rozwój tego typu zakładu postępował naprzód. Wreszcie w miarę zwiększania się zakładów budowano pawilony — olbrzymy na 100 i więcej chorych, o obszernych salach sypialnych, mogących pomieścić 20 i więcej pacjentów.

Gromadzenie tak licznych chorych w jednej sali, ma jednak swoje ujemne strony i nastręcza różne trudności. Jeżeli już w szpitalu ogólnym panuje niepokój na salach, to tem więcej hałasu jest tam, gdzie przebywają osoby psychicznie chore. Wywołują one bezustanny ruch. Podniecony, niezadowolony, złośliwy pieniacz wpływa ujemnie na towarzyszy, podburza ich i pobudza do różnych wybryków. Jeden niespokojny chory swojem głośnem zachowaniem się zaraża resztę chorych; niesocjalnem postępowaniem dokucza towarzyszom i wywołuje niebezpieczne gniewne reakcje ze strony innych chorych, przez co obniża się poziom socjalny oddziału. Chory, potrzebujący i łaknący spokoju, nie doznaje go z powodu hałaśliwego zachowania się otoczenia. Przebywanie w takich warunkach nie podoba się choremu; dlatego protestuje on przeciwko pobytowi w zakładzie i domaga się natarczywie zwolnienia. Drogą sugestji zbiorowej zarażają się od

niego inni pobudliwi pacjenci, skłonni do pieniactwa. Sugestja zbiorowa — powstała na tle środowiska — rozszerza się szybko i nieraz stanowi bezpośrednią przyczynę pewnych charakterystycznych objawów, uważanych jako patognomiczne dla psychozy samej, np. głodówka, autyzm, mutyzm, negatywizm, stereotypje, objawy katatonoidalne i kataleptyczne. Ażeby zapobiec niepożądanym zjawiskom, lekarze chwytają się środków obronnych w postaci leków uspakajających, nasenników, izolacji i nieraz środków krępujących. Są to środki zwodnicze; pomagają one tylko na krótki czas. W otoczeniu szpitalnem chory ujawnia sentyment przyjazny lub nieprzyjazny względem instytucji bądź drogą reakcji bezpośredniej, zrozumiałej dla otoczenia, bądź pośredniej, symbolicznej, którą trzeba umieć wytłomaczyć i zrozumieć. Opaczne lub nieprzyjazne nastawienie pacjenta symbolizuje często jego opozycję względem niesympatycznego środowiska. Zanieczyszczenie się niedementywnego chorego w wielu przypadkach należy rozumieć i pojmować jako wyraz protestu przeciwko internowaniu i przeciw zakładowi w ogóle. Walka z tego rodzaju objawami niepożądanymi sprawia duże trudności.

Abstrahując od tych niepożądanych zjawisk, wypada podkreślić fakt, że na ogół — dzięki reformom budowlanym, wyrażającym się w systemie pawilonowym, dzięki różnym ulepszeniom wewnętrznych urządzeń, dzięki poprawie warunków życia — stosunki w zakładzie psychjatrycznym zmieniły się na lepsze, co się uwydatnia przedewszystkiem w postawie chorych.

Jeżeli porównamy stan obecny chorych z dawniejszymi obrazami, to stwierdzimy ogromny postęp. Zewnętrzny wygląd chorych, ich zachowanie, postępowanie, nastroje poprawiły się, objawy psychotyczne złagodniały. Tego rodzaju przykre przejawy chorobowe jak zanieczyszczanie ubikacji, łóżek i innych rzeczy, kałem, moczem, ślinami, krwią menstruacyjną, niszczenie przedmiotów, darcie ubrań i bielizny, wrogie nastawienie do lekarzy, pielęgniarzy, do zakładu, wybuchy gniewu i furji, gwałtowne wyładowania itp. nie występują w tych rozmiarach co dawniej. Na ogół panuje w wielu zakładach, nawet na oddziałach dla chorych niespokojnych ład, porządek, czystość, spokój, pogodny, zadowolony nastrój, często radość życia i przyjazne nastawienie. Chorzy w znacznej mierze są zadowoleni, weseli, zachowują się poprawnie. Oczywiście, malkontenci i kwerulanci, którym niczem dogodzić nie można, którzy są zawsze niezadowoleni z siebie, ze wszystkich i ze wszyst-

kiego, którzy bezustannem lamentowaniem, pieniactwem, dokuczają sobie i otoczeniu, trafiają się i dziś i będą się zawsze trafiać. Na szczęście takich osobników jest niewiele. Dawniej niezadowoleni pacjenci stanowili pokaźną gromadę mieszkańców zakładów psychjatrycznych, albowiem do kwerulantów właściwych przyłączyli się chorzy, którzy ze względów istotnych mogli być niezadowoleni ze swego opłakanego położenia. Dzisiaj niezadowolenie nie przejawia się tak często i w tak przykrej formie co dawniej. Przeciwnie nie rzadko zdarza się przecież, że ozdrowieniec, który przyzwyczaiwszy się do warunków życia zakładowego, nie chce opuścić zakładu z obawy przed walką o byt i nieraz w chwili wypisania reaguje cofnięciem się w chorobę (Flucht in die Krankheit) albo zwolniony w stanie wyleczenia, wraca z własnej woli, gdy czuje, że nawrót choroby się zbliża. Dodatni ten objaw należy przypisać wyłącznie korzystniejszym warunkom zakładowym, w jakich chory przebywa.

Zastosowanie w budownictwie psychjatrycznem systemu pawilonowego oznacza olbrzymi krok naprzód w ewolucji psychjatrji praktycznej. Skutki tego rozwoju ujawniają się dobitnie pod względem psychologicznym. Środowisko szpitalne stało się sympatyczniejsze.

Dalsze polepszenia warunków bytowania w zakładzie psychjatrycznym dadzą jeszcze lepsze rezultaty terapeutyczne.

Każdy nowy okres, który przyniósł poprawę warunków życia zakładowego przez udoskonalenia czy to w budownictwie czy w urządzeniach wewnętrznych, przyczynił się do podniesienia poziomu kulturalnego chorych i do polepszenia ich stanu psychicznego. Owe udoskonalenia stanowiły silną podporę dla lecznictwa i same przez się przedstawiały pośredni środek leczniczy.

Czem więcej wprowadzano kultury, tem kulturalniejszy zapanował duch w zakładzie psychjatrycznym. W porównaniu z dawniejszymi czasy, stosunki w zakładach psychjatrycznych osiągnęły obecnie wysoki stopień rozwoju.

Nie wolno jednakże przytem zatrzymać się, nie wolno stanąć na drodze rozwojowej, lecz trzeba postępować naprzód i iść dalej w interesie chorych i ich rodzin. Wysoki poziom kulturalny zakładów psychjatrycznych jest wyrazem wysokiej kultury społeczeństwa i państwa.

Wywiady o wrażeniach w chwili przyjęcia do zakładu i z czasu przebywania w zakładzie, zebrane od wyleczonych osób,

dają cenne wskazówki, które mogą wpłynąć poważnie na sposób reorganizacji zakładów, przedewszystkiem na sposób budowania, na sposób upiększenia zewnetrznego wyglądu i na sposób ulepszenia wewnętrznych urządzeń, jakoteż na sposób traktowania chorych. Jeżeli chcemy wytworzyć atmosferę przychylną i przystępną wśród pacjentów dla działalności lekarza-psychjatry, t. j. jeżeli chcemy zdobyć zaufanie chorych, musimy ich jeszcze staranniej segregować. Może to nastąpić bez trudności, jeżeli będziemy rozporządzać znaczniejszą liczbą mniejszych ubikacji. Zamiast wielkich sal, lepiej budować pokoje średnich rozmiarów, połączone z sobą. Wielkie sypialnie i w ogóle wielkie sale szpitalne sprzeciwiają się zasadom hygjeny psychicznej. Wielka sala szpitalna nie robi przyjemnego wrażenia, nie działa uspakajająco lub kojąco na wrażliwą psychę chorego; wielka sala nie jest to samo co pokój mieszkalny. Właściwie i racjonalnie byłoby, segregować chorych na małe grupy, złożone z 4 - 8 osób i rozmieścić w pojedyńczych pokojach. W sypialniach dla chorych z ostrą psychozą winno być najwięcej 4 - 6 łóżek. W poszczególnych salach (jadalniach, bawialniach, pracowniach itp.), na oddziałach obserwacyjnych winno przebywać pod stałym dozorem najwyżej 6 - 8 chorych. W każdym pawilonie winna się znajdować łazienka. Zakład powinien posiadać instytut hydroterapeutyczny (cf. Radziwiłłowicz: „Projekt zakładu psychjatrycznego pod Wilnem", Nowiny Psychjatryczne 1927, III). Segregowanie chorych pobudliwych w małe grupy zmniejsza ilość osób podlegających sugestji zbiorowej. Pokoje i salki powinny wyglądać ponętnie i wesoło i winny być urządzone z komfortem. Pokoje nie powinny być ciemne, gołe i puste, lecz jasne i zaopatrzone we wszystko, co choremu dać może wygodę i uprzyjemnić mu pobyt w zakładzie. Zakład psychjatryczny winien górować nad szpitalem ogólnym, nietylko komfortem ale nawet luksusem, ponieważ leczenie trwa tu naogół dłużej. Tylko ci chorzy nie mają zrozumienia dla komfortu i wygód, którzy od szeregu lat znajdowali się w warunkach niekorzystnych i przywykli do zimnych, gołych i pustych ścian.

Dalszy postęp w rozwoju szpitalnictwa psychjatrycznego wymaga, aby zaniechano w budownictwie stylu koszarowego wielkich pawilonów. Ponury, koszarowy styl budynków działa bowiem przygnębiająco na widza. Moment ten wpływa niekorzystnie na chorą psychę.

Zamiast wielkich koszarowych budowli z oknami zakratowanemi, otoczonych wysokimi murami, zamiast pawilonów olbrzymów, zaleca się budować liczniejsze pawilony małe. Wtedy zasada segregacji ze względu na różnorakie stany psychotyczne pacjentów da się konsekwentniej, systematyczniej i z większą korzyścią dla chorych przeprowadzić. Referent niniejszego idzie jeszcze krok dalej i żąda domów-wil, zbudowanych w suchej okolicy, zalesionej drzewami iglastemi w pobliżu większego miasta z dogodną komunikacją. Budynki nie powinny się różnić od zwykłych domów mieszkalnych i winny mieć ściany białe, upiększone zwojami winnej latorośli, werandy i ogródki. Domy mieszkalne nie mają charakteru masowego, nie mają ponurego wyglądu wielkich budowli koszarowych. Domy powinny być rozmieszczone nie w sposób koszarowy, w prostej linji, lecz dla oka rozrzucone od niechcenia, to tu, to tam między drzewami lasku wzgl. parku, tworząc jednakże dla wewnętrznej organizacji pewne systematyczne ugrupowanie.

Środek terenu przeznaczony na obszerne place, dziedzince z okazałymi gmachami — administracyjny, gospodarczy, techniczny, warsztatowy, kaplica — zbudowanymi stylowo (budowle te jako gmachy reprezentacyjne o charakterze ogólnym mogą imponować masą) stanowiłby trzon całości. Na około tego trzonu grupowałyby się małe pawilony szpitalne i lazaretowe zawierające oddziały obserwacyjne i kliniki dla chorób cielesnych.

Na dalszej peryferji wznosiłyby się w ładnych ogródkach domy — wile dla spokojnych, socjalnych chorych, otoczone nie wysokimi murami, lecz żywopłotem Wygląd domów, budowanych nie szablonowo, lecz gustownie, nie powinien przypominać w niczem dawniejszego zakładu psychjatrycznego, a całość wyglądać winna raczej jak posiadłość prywatna wzgl. podmiejska kolonja wil. Domy parterowe winny liczebnie przeważać nad pawilonami i gmachami piętrowymi.

Dla chorych niespokojnych, należałoby wybudować w pewnej odległości od reszty zabudowań osobny oddział złożony z kilku mniejszych pawilonów,abyłatwo móc przeprowadzić każdą pożądaną indywidualną segregację chorych. Obszar tego oddziału winien być tak duży, aby można wygodnie rozmieszczać chorych przebywających na świeżem powietrzu celem zapobiegania liczniejszym skupieniom osobników niesocjalnych.

Hasłem tej kolonji winna być praca na roli i we warsztatach jako najważniejszy środek leczniczy. Ze względu na okoliczność, że większość naszych chorych pochodzi ze wsi i obeznana jest z pracą na roli, rola winna stanowić najważniejszy i największy warsztat pracy.

Wtedy w domach tych nie będą przebywali niesocjalni chorzy, otępiali, zidjociali, lecz będzie tam mieszkał ludek czynny.

Urzędnicy i personał pielęgniarski winni mieszkać w mieszkaniach parterowych. Bo kto ma mieszkać na II. piętrze, ten nie pójdzie na wieś, tę przyjemność znajdzie i w mieście. Personał nieżonaty winien mieszkać w osobnym budynku i powinien mieć swoje własne kasyno.

Niedogodnościom, które tkwią w systemie rozrzuconych po terenie zakładowym domów-wil (skomplikowana obsługa techniczna i pielęgniarska, uciążliwa służba lekarska, trudności przy transportowaniu potraw) można przeciwstawić korzyści lecznicze. Zaniechanie budowania gigantycznych gmachów szpitalnych z długimi korytarzami, zaniechanie stawiania wysokich murów, krat, cel, różnych urządzeń detencyjnych itp. pozwoli robić znaczne oszczędności przy budowaniu szpitala. Oszczędności te mogą być użyte na ulepszenie urządzeń wewnętrznych gospodarczych i szpitalnych, które powinne odpowiadać najnowszym wymogom techniki, hygjeny i terapji.

Przejście od wielkich pawilonów do mniejszych budowli, do domów — wil, nie może sprawiać znaczniejszych trudności ani technicznych ani finansowych.

Zakład dotychczasowy, z natury i z przeznaczenia zamknięty, był, jest i pozostanie niedoskonałym i winien być zastąpiony przez zakład — fermę, zakład więcej otwarty niż zamknięty, którego drzwi winny być na oścież otwarte dla wszelkiego rodzaju udoskonaleń i dla wszelkich przejawów postępu. Urzeczywistnienie tego postulatu przedstawiałoby duży krok naprzód na drodze rozwoju szpitalnictwa psychjatrycznego. Jeżeli dążenie do tego celu napotyka na sprzeciwy ze względu na ew. trudności natury finansowej, to dzieje się to dlatego, że utarło się mniemanie, iż większość chorych psychicznie jest nieuleczalna i że chorzy nie mają świadomości i nie oceniają środowiska.

Mówi się, że chorzy stoją pod wpływem swoich urojeń, a okoliczności zewnętrzne nie mają dla nich żadnego znaczenia. Tak jednak nie jest. Nawet pomieszani chorzy często zachowują

zmysł obserwacyjny wobec otoczenia. Jeżeli obserwacje swoje wypaczają patologicznie, to czynią to wtórnie. Doświadczenie uczy, że większość chorych ma nietylko świadomość miejsca, ale także odczuwa głęboko wpływ moralny środowiska, w którem żyje. Doświadczenie uczy także, że znaczna ilość psychicznie chorych wraca do zdrowia, o ile leczy się ich w odpowiednio urządzonem środowisku.

Koszta połączone ze zmodernizowaniem budownictwa szpitala psychjatrycznego z punktu widzenia finansowego nader korzystnie są wydane, ponieważ szpital taki umożliwi powrót do życia społecznego znacznej ilości chorych, którzy nie wróciliby do zdrowia i staliby się ciężarem dla społeczeństwa, gdyby ich leczono środkami niewystarczającymi. Zadaniem zakładu psychjatrycznego ze stanowiska lekarskiego w pierwszym rzędzie winno być leczenie i wyleczenie psychicznie chorych, a dopiero w drugim obrona społeczeńtwa przed niebezpiecznymi antisocjalnymi czynami chorych. Ten argument jest tak ważki, że powinien wykluczyć wszelkie zastrzeżenia. Bo jeżeli istnieje pewność — a pewność istnieje i opiera się na doświadczeniu — że polepszenie warunków bytu w szpitalu psychjatrycznym wpływa korzystnie na chorych, że chorzy w odpowiedniem, sympatycznem środowisku szpitalnem przychodzą prędzej do zdrowia i że większa ilość ozdrowieńców opuszcza zakład w stanie znacznej, co najmniej socjalnej poprawy, to ze względu na tę okoliczność należy dążyć do tego celu, aby chorym przygotować jak najkorzystniejsze warunki szpitalne.

Tego domaga się psychoterapja i hygjena.

Psychoterapja działa tak we formie bezpośredniej przez wpływ lekarza na chorego, jako też pośredniej przez oddziaływanie środowiska i otoczenia na psychę jego. Na afektywność chorego można wpłynąć drogą psychiczną. Dusza chorego jest na działanie bodźców zewnętrznych tak samo, a niekiedy może nawet i więcej wrażliwa niż dusza osoby zdrowej. Osoba psychicznie chora przyjmuje bodźce przyjemne z radością, zadowoleniem, rozkoszą. Słońce, zieleń, przestrzeń, kwiaty, pogoda, architektonicznie estetyczne budynki, miłe, wygodne mieszkania, jasne, czyste pokoje, urządzone z pewnym komfortem, działają przyjemnie, uspakajająco na chorą psychę, a dobrze wychowany, wykwalifikowany, rozumny, łagodny, grzeczny, przyjemny, czysto i ładnie ubrany personał pielęgniarski wpływa dodatnio na nastrój chorego, wywołuje zaufanie do zakładu i do personalu i sprawia choremu za-

dowolenie. Należy więc chorym dać jaknajwięcej przyjemnych wrażeń i zadowolenia. Jest to jeden z najpierwszych postulatów hygjeny psychicznej. Hygjena dąży do wyeliminowania albo przynajmniej zredukowania i osłabienia czynników szkodliwych dla zdrowia psychicznego i stara się o pomyślne warunki dla jego podtrzymania i zwraca się przeciwko nihilizmowi terapeutycznemu.

Hygjena psychiczna wymaga, aby zapobiegać wszelkim przykrym wrażeniom, nasuwającym się choremu od chwili przyjęcia go do zakładu oraz aby stosować względem niego pośrednią akcję sugestywną, ułatwiającą dalsze leczenie. Przyjęcie do zakładu, winno być przedewszystkiem sugestywne; należy robić wszystko, aby zdobyć zaufanie chorego i rodziny do zakładu. Hygjena psychiczna czuwa także nad tem, aby chorzy psychicznie nie razili swym wyglądem zewnętrznym, czy to w ubiorze, czy też w sposobie jedzenia, zachowania się itp. Chorzy, dbając o siebie, eo ipso czuwają nad sobą i czynią pewne wysiłki, aby się dostosować do życia społecznego i starają się, aby nie razić. Jednem z zadań hygjeny psychicznej jest walka z przesądami, które społeczeństwo żywi w stosunku do zakładów psychjatrycznych. Nie wolno zapominać jednak, że najintensywniejsza propaganda będzie bezskuteczna, jeżeli nie poprawimy wrażenia, jakie wygląd zewnętrzny zakładu wywiera na obserwatora.

Należy działać na zmysły chorego i to bezpośrednio i bezwzględnie w sposób przyjemny. Wzrok winien doznawać wrażeń pięknych, estetycznych, łagodnych, nieprzejaskrawionych. Tak samo na inne zmysły winny działać bodźce przyjemne. Każde miłe wrażenie wywołuje w duszy chorego zadowolenie (oczywiście z wyjątkami). Odnosi się to nawet do ciężkich przypadków schizofrenji.

Miłe wrażenie powinno spotkać chorego już przy wstępie do zakładu; pierwsze przyjemne wrażenie bowiem decyduje o nastroju chorego. Do przyjemnych wrażeń należy estetyczny wygląd zakładu, imponujące budowle reprezentacyjne, ładne domy mieszkalne, duża przestrzeń, zieleń, światło, ogrody, parki, trawniki, ganki, aleje, kwiaty. Chory, dostawszy się w piękne otoczenie, odczuwa je mile. Budynki zakładowe i mieszkania winny w pierwszym rzędzie swoim estetycznym, pięknym, pogodnym wyglądem działać zapraszająco na przybysza. Wpływa to dodatnio na usposobienie chorego, na jego nastrój, działa łagodząco na przejawy chorobowe. Chory wtedy szybko oswaja się z otoczeniem, uspokaja się, staje się socjalnym i przychodzi prędzej do równowagi

psychicznej i do zdrowia. Chronik zatraca brzydkie narowy, nawyki, nałogi, zachowuje swoją indywidualność; objawy ostrego okresu chorobowego tracą na nasileniu. Choroby, które dawniej uchodziły za nieuleczalne i kończyły się często otępieniem, nie przechodzą w zupełną demencję.

Należy stworzyć takie warunki w szpitalu psychjatrycznym, aby każdy chory dobrowolnie i chętnie jak najrychlej udał się do niego na kurację. Wiadomo przecież, że czem rychlej osoba psychicznie chora podda się kuracji, tem prędzej powraca do zdrowia, a tem dłużej trwa choroba, im później chory został oddany w opiekę zakładową.

Ze względów hygjenicznych nie należy do szpitala psychjatrycznego przyjmować kryminalnych chorych i psychopatycznych nałogowych przestępców, bo tego rodzaju indywidua wymagają innego traktowania, potrzebują ściślejszego, obostrzonego dozoru, wywierają ujemny wpływ na otoczenie, wywołują niesmak u innych chorych i odstraszają publiczność; rodzina niechętnie oddaje chorego do instytucji, w której przebywają zbrodniarze. Dla tej kategorji osobników powinny istnieć specjalne schroniska albo oddziały przy więzieniach, jak to ma miejsce w Belgji, Italji, Niemczech itd. Pod tym względem nastąpiła także i w Polsce poprawa przez otwarcie szpitala dla nerwowo i umysłowo chorych więźniów w Grodzisku mazowieckim. Również dla psychopatów, histeryków i narkomanów różnego typu należałoby budować osobne zakłady zorganizowane na zasadzie samowystarczalności.

Celem psychjatrji praktycznej jest wyleczenie psychicznie chorych uleczalnych oraz utrzymanie na wysokim poziomie socjalnym osób nieuleczalnych, jakoteż usuwanie szkodliwości, któreby mogły skrócić życie chorego. W interesie chorego, jego rodziny i społeczeństwa, należy domagać się, ażeby pacjent jaknajprędzej ozdrowiał i powrócił do swojego zawodu w takim stanie, aby mógł zarobkować. Trzeba więc zmniejszyć jego upośledzenia psychiczne i cielesne i zwiększyć jego sprawność umysłową i przywrócić mu zdolność do zarobkowania. Chory powinien być przyzwyczajony do takiego trybu życia, któryby go chronił przed nawrotem ostrych zaburzeń psychicznych, a w razie nawrotu psychozy łagodził objawy psychotyczne, natomiast w przypadkach chronicznych paraliżował niebezpieczne przejawy choroby.

Cel ten da się osiągnąć w szpitalu psychjatrycznym. Jeżeli jednak szpital ma sprostać zadaniu, to koniecznem jest, aby

był odpowiednio urządzony i posiadał właściwe warunki, ażeby chorzy względnie ich rodziny z własnej woli szukali pomocy w szpitalu psychjatrycznym i aby mieli także możność wprowadzenia zamiaru w czyn. Niestety ta wola do szukania opieki w zakładzie psychjatrycznym nie jest jeszcze powszechna w społeczeństwie, a tem mniej tam, gdzie zewnętrzny wygląd, budowa i urządzenia zakładu są tak zacofane, że zrażają publiczność i wywołują niechęć do zakładu psychjatrycznego. Tej niechęci trzeba przeciwdziałać. Należy tylko zaniechać w budowie wszystkiego tego, co upodabnia zakład do instytucji detencyjnej. Zakład nie powinien mieć charakteru wyjątkowego i nie powinien nasuwać myśli, że panuje w nim przymus. Mury wywołują bunt ze strony tych chorych, którzy posiadają pewien zasób energji, a działają przygnębiająco na tych, którzy jej nie posiadają. Tendencje do usunięcia tych wad, próby dalszej poprawy warunków mieszkalnych dla psychicznie chorych istnieją, są żywo propagowane i uwypuklają się jaskrawo, .mianowicie za granicą, gdzie zakłady psychjatryczne prezentują się okazale i wywołują miłe, estetyczne wrażenie i sympatycznym wyglądem i dogodnem położeniem wprost zapraszają przybysza do wejścia. Takie warunki daje szpital domów-wil.

Wzór nowoczesnego szpitala istnieje w Görden w Niemczech; jest to instytucja zbudowana podług systemu domów-wil, rozrzuconych w lesie. Urządzenia wewnętrzne odpowiadają najnowszym wymaganiom techniki, hygjeny i psychoterapji.

Tak więc historja rozwoju szpitalnictwa psychjatrycznego jakoteż rozważania psychoterapeutyczne i hygjeniczne oraz doświadczenia praktyczne prowadzą do szpitala domów-wil. Odpowiada on wszelkim wymogom psychjatrji praktycznej, kultury i cywilizacji.

Koszta wydane na budowę i urządzenie takiego szpitala nie będą wydane na marne, jeżeli wyposażymy go w odpowiednie warsztaty, w pierwszym rzędzie we warsztaty rolnicze, ogrodnicze, w rybołóstwo, w tartaki, w których dobrani pacjenci, stosownie do swych kwalifikacji cielesnych i psychicznych, będą odpowiednio zajęci i gdzie będą pracować z pożytkiem dla szpitala. Należy tylko zorganizować szpital na zasadzie samowystarczalności. Że to jest możliwe, referent starał się wykazać w swoim referacie przygotowanym na VII Zjazd Psychjatrów Polskich w Kocborowie d. 4-6 VI. 27 r., wydrukowanym w Nowinach Psychjatrycznych 1927, IV pod tytułem: „Samowystarczalność publicznego szpitala psychjatry-

cznego". Da się to łatwiej przeprowadzić w dużym szpitalu niż w mniejszym. Szpital powinien być urządzonym na minimum 1000 chorych, albowiem administracja, urządzenia techniczne, kanalizacja etc. nie wymagają więcej nakładu niż odpowiednie urządzenia w szpitalu mniejszym, np. na 600-800 łóżek, natomiast administracja większego szpitala jest stosunkowo tańsza.

Wobec szpitala, zobrazowanego w niniejszym referacie, znika nieufność. Społeczeństwo chętniej będzie oddawać chorych w opiekę szpitalną i pobyt w szpitalu doznawać jako dobrodziejstwo, pozbędą się prędzej dolegliwości chorobowych, nawykną do cywilizowanych, kulturalnych, hygjenicznych warunków życia, co im wyjdzie na pożytek.

A szpital będzie nietylko lecznicą, ale także szkołą życia i środkiem cywilizacyjnym, wywierającym wpływ dodatni na chorych i ich rodziny i przyczyni się do podniesienia poziomu kulturalnego i socjalnego w bliższem i dalszem sąsiedztwie. Dochodzą do tego działania czynników psychologicznych, które wywołują zadowolenie, wdzięczność, zaufanie, przywiązanie do zakładu ozdrowieńców.

* * *

Hôpital psychiatrique public de Dziekanka – Dir. dr. med. dr. phil. Al. PIOTROWSKI

Quel doit être l'aspect d'un hôpital psychiatrique moderne.

Par Al. Piotrowski.

Rapport préparé pour le XIII Congrès des Médecins et des Naturalistes Polonais à Wilno, le 26—29 septembre 1929.

Après un aperçu historique de l'évolution des établissements psychiatriques, l'auteur étudie les conditions auxquelles doit satisfaire un hôpital psychiatrique moderne; en se basant avant tout sur les données de psychothérapie et d'hygiène mentale, il formule ses propositions, en insistant plus particulièrement sur la nécessité de différencier encore davantage les malades, ce qui n'est possible à l'hôpital que si on y a à sa disposition un nombre suffisant de petites salles.

Chaque nouvelle étape qui apportait une amélioration des conditions d'existence des malades, soit par un perfectionnement des bâtiments soit de l'installation intérieure, contribuait à relever

leur niveau général et à améliorer leur état mental. Ces perfectionnements constituaient ainsi pour eux-mêmes, d'une façon indirecte, un agent thérapeutique important. Les améliorations dans la vie des malades dans les hôpitaux psychiatriques, préconisées actuellement, donneront nécessairement des résultats thérapeutiques encore meilleurs.

A la place d'énormes bâtisses, rappelant par leur dimensions des casernes, avec des fenêtres grillagées, entourées de hautes murailles, il faut avoir de nombreux pavillons ayant l'aspect de villas. On évitera ainsi l'aspect sombre et froid des anciens bâtiments qui ne pouvaient que évoquer l'idée de détention.

L'établissement actuel, destiné, dans l'esprit de ceux qui l'avaient créé, à être un établissement fermé, est encore loin, de ce fait, de la perfection; il doit être remplacé par un établissement — colonie agricole ou établissement ferme, plus ouvert que fermé, ouvert surtout à tout ce qui est perfectionnement et progrès. Les pavillons doivent être construits avec goût et écarter toute impression de détention, en rappelant plutôt une propriété privée ou, si l'on veut, une cité suburbaine moderne. Des maisons à un seul étage doivent dépasser en nombre les pavillons et les bâtiments à plusieures étages.

Le grand principe thérapeutique de cet établissement — colonie doit être le travail, soit le travail agricole soit le travail dans les ateliers. Etant donné que la grande majorité de nos malades sont des cultivateurs, la plus large place doit être faite au travail agricole.

Pour des raisons d'hygiène, il ne faut pas admettre dans cet hôpital psychiatrique ni d'aliénés criminels ni de psychopathes; ceux-ci ont besoin d'une surveillance plus rigoureuse; de plus, ils exercent une influence défavorable sur leur entourage, déterminant un sentiment de malaise chez les autres malades et discréditant, dans les yeux du public, l'établissement psychiatrique en le privant, en partie, de son caractère hospitalier. Cette catégorie de malades nécessite des établissements spéciaux ou encore des services psychiatriques annexés aux prisons.

La conception de l'hôpital psychiatrique, telle qu'elle vient d'être exposée, repond à toutes les exigences de la psychiatrie pratique, de l'hygiène et de la psychothérapie, de la culture et de la civilisation. En raison des frais élevés que comporte un tel hôpital, il y a lieu de l'administrer en s'inspirant du principe qu'il

doit se suffir à lui-même. Ce but sera plus facilement atteint dans un grand établissement que dans un petit.

La méfiance du public disparaitra en présence d'un tel hôpital composé de villas. Il confiera plus volontiers les malades à un établissement de ce genre, et ceux ci se sentiront mieux et y guériront plus rapidement. L'hôpital psychiatrique, dans ces conditions, ne sera pas seulement un „hôpital", mais deviendra un véritable centre de civilisation susceptible d'exercer une influence favorable, à ce point de vue, sur les malades, sur leurs familles ainsi que sur la population des localités avoisinantes.

Z oddziału Psychjatrycznego Szpitala na Czystem.

Ordynator: Dr. A. WIZEL †.

O zaburzeniu instynktu samozachowawczego w schizofrenji.

Podał ROMAN MARKUSZEWICZ (Warszawa), Asystent Oddziału.

> „Psychoanaliza nigdy nie zapominała, że egzystują również, popędy nieseksualne. . . Nie ma ona, również najmniejszego powodu nie uznawać egzystencji lub znaczenia popędów osobowości, — wówczas, gdy bada rolę popędu seksualnego w stanie choroby i zdrowia".
>
> (Prof. Z. FREUD "Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse", Wien, 1918, str. 405).

Psychoanaliza, dążąc do poznania głębin nieświadomości, zatrzymała się przedewszystkiem na instynkcie seksualnym: popęd ten bowiem był do czasów Freuda niewyzyskany dla zrozumienia psychiki chorej i zdrowej. Oczywistem jest wobec tego, że wszystkie prace psychoanalityczne starają się pogłębić ten tak zasadniczy problemat. Szkodliwem jednak ograniczeniem psychoanalizy byłoby twierdzenie, że ta misterna metoda badania wyczerpuje się poznaniem tylko instynktu seksualnego, gdyż popęd ten, chociaż potężny, nie jest bynajmniej jedyny, jaki znamy. Dokładna obserwacja psychoz poucza nas, że nie tylko instynkt seksualny, lecz i popęd samozachowawczy ulega głęboko sięgającym zaburzeniom w przebiegu tych cierpień. A wobec tego należy zwrócić się

do badania zaburzeń instynktu samozachowawczego, stosując metodę psychoanalityczną, która okazała się tak niezawodną przy badaniu popędu seksualnego. Ażeby ułatwić sobie zadanie, obrałem, jako materjał obserwacyjny, psychozy, a nie psychonerwice, gdyż dzięki schizofrenicznemu procesowi, który przesuwa warstwy nieświadomości w kierunku świadomości*), nie jesteśmy zmuszeni do usuwania tych wszystkich psychicznych nadbudówek, ażeby dotrzeć do nieświadomości. W psychozach bowiem zaburzenie życia popędowego daje się obserwować bez zbyt wielkich trudności, przyczem, jak to się postaram na podstawie niżej przytoczonego przypadku schizofrenji paranoidnej udowodnić, zaburzenie to dotyczy nie tylko instynktu seksualnego, lecz i samozachowawczego.

Chory D. G, l. 20, wyznania mojż., został przywieziony dn. 12-VII- 1926 r. do szpitala naszego przez pogotowie ratunkowe z raną ciętą palców i prawego przedramienia. Po nałożeniu opatrunku i stwierdzeniu, że rany te są powierzchowne, chory został przeniesiony z Oddziału chirurgicznego, na który początkowo go przyjęto, na oddział psychjatryczny dra A. Wizla ze względu na podniecenie chorego i stwierdzoną u niego psychozę.

Na oddziale psychjatrycznym chory zachowuje się w dalszym ciągu niespokojnie, zaczepia innych chorych, z lekarzem rozmawiać nie chce, tłomacząc się, że chrypka przeszkadza mu mówić, — może tylko piśmiennie odpowiadać na pytania. Pisze, że od dwuch tygodni stał się mędrszy od całego świata, — zaś wszyscy mówią, że jest warjatem. Pacjent uważa, że jest mędrszy od największego cadyka, lepiej bowiem od niego rozumie talmud, może wszystkich księży, nawet arcybiskupa, nawrócić na wyznanie mojżeszowe, posiada pewien sposób, aby to uczynić, lecz tajemnicę tę mógłby wyjawić tylko takiemu człowiekowi, który zna równie dobrze talmud jak pacjent. Halucynacyj nie zdradza.

Badanie neurologiczne, internistyczne i serologiczne — nie wykazało żadnych zaburzeń.

Z wywiadów od siostry i ojca dowiedzieliśmy się: matka naszego pacjenta zmarła na gruźlicę płuc, gdy chory miał 6 lat. Matka ta była drugą żoną ojca pacjenta. Z pierwszą żoną ojciec miał 4 dzieci, zaś z drugą żoną 5-ro dzieci: pacjent jest trzeciem

*) R. Markuszewicz, „O różniczkowem rozpoznaniu osłupienia katatonicznego i histerycznego" (Kwartaln. kliniczn. Szpit. Staroz. Tom. IV, Zesz. III, 1925 r).

dzieckiem z kolei. Druga żona była bardzo oddana swoim dzieciom, lecz odnosiła się wrogo do dzieci z pierwszego małżeństwa: dzieci te mieszkały u krewnych, gdyż to było warunkiem małżeństwa ze strony macochy. Pozatem współżycie małżeńskie było bardzo dobre. Ojciec pacjenta był nauczycielem hebrajskiego, miał własną szkołę w Falenicy pod Warszawą. W dzieciństwie pacjent był usposobienia łagodnego, zawsze lubił siedzieć przy chorej matce. Już jako 5-letnie dziecko, pielęgnował matkę, która stale leżała na werandzie z powodu gruźlicy płuc; pilnował również młodszych dzieci, wyręczając chorą matkę. Starsze dzieci chodziły do szkoły, zaś pacjent uczył się u matki. Pacjent był ukochanym synem matki: był jej posłusznym. Po śmierci matki pacjent, który miał wówczas 6 lat, zaczął chodzić do szkoły. Ojcu w tym czasie powodziło się gorzej materjalnie, a gdy przyjechał do miasteczka przedstawiciel amerykańskiego komitetu, który przyjmował biedne dzieci żydowskie na wychowanie do Rosji (działo się to na początku wojny), — ojciec, nie będąc w stanie utrzymać sam wszystkich swych dzieci, oddał pacjenta komitetowi do Rosji. Sześcioletnie dziecko przyjęło tę decyzję ojca z rezygnacją. Przed swym wyjazdem w głąb Rosji pacjent powiedział tylko, że ojciec napewno ożeni się jeszcze raz, a wówczas macocha będzie biła pozostałe z ojcem dzieci, nie da im jeść, — podobnie jak ich matka odmawiała pożywienia dzieciom z pierwszej matki. Pacjent był 5 lat w Rosji: w przeciągu tego całego czasu nie nadchodziły żadne wiadomości od niego. Przyjechał wraz z innemi dziećmi niespodziewanie. Na zapytanie, dlaczego przyjechał, odpowiedział, że tęsknił za ojcem. Po powrocie swym był bardzo osłabiony, wygłodzony, zemdlał, gdy zaczął jeść. O swym pobycie w Rosji nic nie chciał mówić: był milczący, smutny, mówił cicho z opuszczonemi oczami. Pracował niechętnie w introligatorni: był leniwy, niepojętny w pracy, czytał dużo książek. Przesiadywał samotnie w domu, gdyż mało pracował. Utrzymywał dobre stosunki z ojcem i z resztą rodzeństwa. Nie miał kolegów, ani koleżanek. Był bardzo nabożny, często chodził do bóżnicy, gdzie długo przesiadywał. Był bardzo wstydliwy: wstydził się nawet swej bratowej, nie chciał z nią rozmawiać. gdyż, jak mówił, — „ona jest bardzo mądra i uczona, i gdy będę z nią mówić, to przepadnę." Bratowa faktycznie cieszyła się w rodzinie opinją osoby mądrej: lecz pacjent tak bardzo obawiał się bratowej, że unikał nawet ulicy, gdzie ona mieszkała; gdy zaś przychodziła ona do ojca, to wymykał się z mieszkania.

Zachorował na parę dni przed przybyciem do szpitala: miał zatarg z policją i z publicznością na ulicy, zrobił awanturę w bóżnicy (o tem dokładnie dowiemy się później z opowiadań samego pacjenta). Dużo mówił, przepisywał fragmenty z biblji, rozprawiał o Bogu, o świecie. Chciał uciec z mieszkania, odgrażał się, że podpali dom.

W rodzinie chorób umysłowych nie było.

Z wywiadów i obserwacji szpitalnej chorego wnioskujemy, że mamy do czynienia z ostro rozwijającą się schizofrenją paranoidalną. Pod względem klinicznym chory nasz nie odbiega od innych przypadków schizofrenji, natomiast pod względem psychologicznym przypadek ten, jak zobaczymv wkrótce z przebiegu psychozy, zasługuje na głębsze zastanowienie się nad nim.

Już lata dziecięce naszego pacjenta noszą na sobie to niezatarte piętno obawy przed życiem, która z biegiem czasu coraz bardziej oddziela pacjenta od otaczającego go życia. Swych lat dziecięcych nie spędził pogodnie, beztrosko, - lecz już w 5-tym roku życia musiał opiekować się ciężko chorą matką i dawać baczność na młodsze rodzeństwo. Te codzienne troski dziecka wciągnęły jego młodociane życie w krąg męczących obowiązków ludzi dojrzałych. Długotrwała zaś choroba i wreszcie przedwczesna śmierć ukochanej matki pozostawiła dziecko zbyt wcześnie wobec najpoważniejszego problematu życia. Dziecko jest jeszcze zbyt młode, aby rozumieć owe przeżycia, - wyczuwa tylko okrucieństwo życia, własną bezradność, co powoduje wyolbrzymienie lęku dziecka przed niebezpieczeństwami nieznanego mu życia. Uczucie miłości do matki, które było ostoją dla dziecka, zostaje podcięte przez jej przedwczesną śmierć. Libido dziecka, szukające dla siebie oparcia, dąży obecnie do znalezienia innego objektu przeniesienia: objektem tym staje się osoba ojca. Zapewne, nastręczają się pewne trudności przy tej nowej próbie przeniesienia. Za życia matki synowi mogło się wydawać, że jest on najważniejszą osobą w najbliższem otoczeniu matki: on bowiem opiekował się ciężko chorą matką, oraz młodszem rodzeństwem i odgrywając w ten sposób rolę opiekuna matki i młodszych dzieci, nieświadomie przejmował obowiązki i władzę ojca. Po śmierci matki przeniosło jednak dziecko libido na ojca. Przekonywamy się o tem z powiedzenia chłopca, który po powrocie z Rosji usprawiedliwił swój nagły przyjazd tęsknotą, jaką żywił do ojca. Przeniesienie to na ojca było umożliwione dzięki uczuciu bezsilności, jakie odczuło dziecko po

śmierci matki: bezradne, dążyło ono do oparcia się na ojcu jako na jednostce silniejszej. W ten sposób chłopiec zrezygnował z rywalizacji z ojcem — gdyż pierwsze przeżycia dziecięce spowodowały wzmożenie obawy jego przed walką z życiem. Widzimy więc, że przeniesienie libido na ojca zostało uskutecznione przez wcześnie rozbudzony i wzmożony popęd samozachowawczy. Lecz i w tej nowej pozycji uczuciowej, okupionej wyrzeczeniem się samodzielności, dziecko nie zaznało nazbyt długo spokoju. Następuje bowiem długie ciężkie przeżycie dziecięce, — ponowne rozczarowanie: zniewolony przez niepomyślną sytuację materjalną ojciec oddaje swego syna amerykańskiemu komitetowi. Dziecko, które za życia matki odgrywało w rodzinie główną rolę, które następnie dążyło do uczuciowego i życiowego oparcia w ojcu, — obecnie zostaje wyłączone z rodziny. Chłopiec przyjmuje z rezygnacją postanowienie ojca. Przy pożegnaniu wypowiada owe słowa, o treści tak bardzo bolesnej: „obecnie ojciec ożeni się raz jeszcze, a wówczas macocha będzie bić pozostałe dzieci i nie da im jeść, — podobnie jak nasza matka nie chciała dawać jedzenia dzieciom z pierwszej matki." Słowa te zawierają w sobie przedewszystkiem zarzut przeciwko ojcu, który jakgdyby usuwa syna swego w tym celu z domu, ażeby jeszcze raz ożenić się. Pozatem słowa te zdradzają wrogi stosunek dziecka do domniemanej macochy, co jest w zupełności zrozumiałe z uczuciowego nastawienia syna do ojca. Lecz znaczenie słów owych jeszcze nie jest wyczerpane. Natychmiast bowiem rzuca się w oczy, że u podłoża lęku przed domniemaną macochą znajduje się nietylko możliwość karcenia przez macochę, lecz i niedostateczność odżywienia. Widzimy tutaj zupełnie wyraźnie przejawienie się popędu samozachowawczego, sytuacja bowiem realna bynajmniej nie była taką, jak to sobie dziecko wyobrażało: ojciec nie miał zamiaru ożenić się po raz trzeci. Dzięki właśnie temu wzmożonemu popędowi samozachowawczemu przyjmuje dziecko z rezygnacją rozłąkę z domem rodzicielskim: przypuszcza bowiem, iż lepiej będzie mu w dalekiej Rosji nawet między obcymi ludźmi, niźli pozostałemu w domu rodzeństwu, które cierpieć będzie głód z powodu macochy. Uczucia więc swe składa dziecko w ofierze wzmożonemu popędowi samozachowawczemu. Wobec nowego niebezpieczeństwa dziecko kieruje swój wyrzut nietylko w stronę ojca, lecz nie oszczędza również w rozgoryczeniu swej ukochanej matki: domniemana bowiem „macocha będzie postępować podobnie, jak i nasza matka, która odmawiała jedzenia

dzieciom z pierwszej matki". Powrócimy jeszcze do głębokiej treści, zawartej w owych słowach, — obecnie stwierdzamy nowy i ciekawy, zdaniem moim proces psychologiczny, polegający na tem, iż wzmożony popęd samozachowawczy dziecka jest w stanie stłumić przeniesienie uczuciowe. *)

Sześcioletnie dziecko zostaje wywiezione do Rosji, między obcych ludzi. Pozostało niewypowiedziane, co dziecko tam przeżyło. Możemy natomiast przypuścić, iż tak wcześnie rozpoczęte życie zdala od domu rodzicielskiego wpłynęło na szybkie usamodzielnienie się dziecka. Lecz i to usamodzielnienie się spowodowało jeszcze większe wzmożenie popędu samozachowawczego: dziecko bowiem było zbyt młode, aby okrzepnąć w tem zmaganiu się z życiem, — przeżywając zaś swoją samotność, odczuwało zarazem i bezradność wobec nakazów życiowych. I otóż chłopiec powrócił z Rosji faktycznie zupełnie odmieniony: smutny, milczący, dążył do samotności. Ile przecierpiał w Rosji, — zrozumiemy ze stopnia wygłodzenia jego, które przejawiło się w omdleniu, gdy chłopiec zasiadł do jedzenia. Dziecko obawiało się macochy, iż ta odmówi mu pożywienia, — lecz nawet w Rosji, gdzie chłopiec przypuszczał, że jest zabezpieczony od podobnych możliwości, bezlitosne dla pacjenta naszego życie dało mu odczuć, co znaczy głód. Wzmożony przez to przeżycie już do patologicznego stopnia popęd samozachowawczy spowodował, iż chłopiec odczuwa tak silny lęk wobec życia, że obecnie po powrocie do domu redukuje coraz bardziej swoje ustosunkowanie się do otaczającego życia. Pracuje w introligatorni bardzo niechętnie, nie ma żadnych znajomości, dąży do samotności, poświęcając się studjom ksiąg o treści religijnej.

Widzimy więc, że popęd samozachowawczy stopniowo coraz bardziej potęgowany przez nowe tragiczne przeżycia wzmaga się wreszcie do tak patologicznego napięcia, że w końcu sumując się z schizoidną konstytucją, powoduje odwrócenie się naszego pacjenta od życia realnego, - z obawy przed razami losu. I otóż, gdy ustosunkowanie się pacjenta naszego do życia otaczającego zostało zredukowane do minimum, przejawia się u pacjenta naszego nowa namiętność: studjowanie ksiąg religijnych. Chłopiec

*) Teorja libido Freuda, jak wiadomo, uzależnia proces tłumienia od świadomości osobnika. Z analizy natomiast naszego przypadku wynika, iż w procesie tłumienia instynktu seksualnego odgrywa bardzo dużą rolę popęd samozachowawczy.

chodzi często do bóżnicy, studjuje tam i w domu księgi talmudyczne, czuje się bowiem najlepiej w świecie ducha, gdyż świat rzeczywisty zgotowywał mu klęskę za klęską. Obserwujemy tutaj znany mechanizm rekompensacji, - przypuszczamy jednak, że i ten mechanizm zapoczątkowany został przez wzmożony instynkt samozachowawczy. Każdy bowiem człowiek musi czuć się silnym w jakiejkolwiekbądź dziedzinie, każdy dąży do zdobycia chociażby najmniejszej placówki, - w przeciwnym razie nie mógłby się utrzymać na powierzchni życia. Zrozumiałem jest wobec tego, że pacjent nasz, pokonany przez życie realne, z namiętnością oddaje się studjom, przynaglany do tego przez wzmożony popęd samozachowawczy. Lecz ten właśnie patologicznie już wzmożony instynkt samozachowawczy nakazuje mu unikać przeciwnika nawet w dziedzinie ducha. Chory nasz schodzi z drogi swej bratowej, gdyż ona jest nazbyt mądra i uczona. Obawia się on doznać porażki w tej jedynej dziedzinie, jaka mu w życiu pozostała, — groziłoby mu to bowiem, jak sam pacjent mówi, — zagładą.

Stwierdzamy więc, że patologicznie wzmożony popęd samozachowawczy coraz bardziej redukuje stosunek naszego pacjenta do świata otaczającego, i jeżeli wreszcie przyjmiemy pod uwagę stłumione dążności libido, — wówczas staje się zrozumiałe osamotnienie chorego.

Był to właściwie stan psychiczny pacjenta, gdy wybuchła psychoza. Obecnie wysłuchajmy, co chory sam opowiedział nam o przeżyciach na początku psychozy. Opowieść tę uzyskaliśmy od pacjenta, gdy znajdował się on już w stanie remisji.

Opowiadanie dotyczy dwuch ostatnich dni przed przybyciem chorego do szpitala. Po ukończonej modlitwie leżał pacjent w ogrodzie, należącym do bóżnicy i wypoczywał. Panowały wówczas silne upały i chłopcy, którzy oddawali się studjom talmudycznym, przebywali w ogrodzie, otoczonym wysokim parkanem. Z okna sąsiedniego domu wyjrzała dziewczyna, wyznania chrześcijańskiego, trzymając w ręce garnek z wodą. Pacjent nasz odrazu powziął podejrzenie, iż dziewczyna ta zamierza wylać mu garnek wody na głowę i dlatego pogroził jej palcem. Lecz właśnie w tym momencie dziewczyna, śmiejąc się, wylała na niego wodę i schowała się. Oburzony tem, udał się do najbliższego posterunku policyjnego, opowiedział zajście i zażądał spisania protokółu. Policjant oburzył się na pacjenta i skierował go do następnego posterunku, tłomacząc, iż nie ma czasu zajmować się podobnemi głupstwami. Pa-

cjent skierował się do następnego posterunku, lecz otrzymał odpowiedź, iż zlikwidowanie zajścia tego należy do pierwszego posterunku, jako znajdującego się w bezpośredniej bliskości z bóżnicą. Gdy zaś pacjent tłomaczył, iż właśnie pierwszy policjant skierował go do drugiego, — wówczas zniecierpliwiony tem wszystkiem policjant posłał go do jeszcze bardziej oddalonego trzeciego posterunku. Niezrażony tem, pacjent udał się do trzeciego policjanta, lecz również i obecnie żądaniu jego nie stało się zadość. Podczas tych pertraktacji z trzecim policjantem, krzyknął chłopiec jakiś na pacjenta ze stojącego na posterunku tramwaju: „warjat", — kpiąc zapewne z dość smutnie prezentującej się postaci w podartem palcie i zniszczonych butach, żywo gestykulującej obok policjanta. Czując się dotkniętym, pacjent wskoczył do tramwaju, aby ukarać tego chłopca, lecz konduktor wyrzucił go z tramwaju ku uciesze gawiedzi. Przechodzący w tej chwili przodownik, widząc zbiegowisko, zapytał o przyczynę zajścia. Pacjent, zadowolony, że wreszcie otrzyma satysfakcję opowiedział całą swą historję, skarżąc się na posterunkowych, którzy nie chcieli spisać protokółu, — lecz i przodownik ofuknął go, zalecając mu udanie się do domu. Nie znalazłszy i u przodownika sprawiedliwości za wszystkie swe przecierpiane krzywdy, pacjent postanowił zapamiętać numer tego przodownika, aby znaleźć sprawiedliwość na drodze sądowej. Poszedł więc za przodownikiem, starając się zobaczyć jego numer. Przodownik, widząc dziwne zachowanie słę pacjenta, rozkazał mu zatrzymać się. Pacjent w strachu zaczął uciekać; przodownik zagroził , że będzie strzelać, — wówczas zatrzymał się. Przodownik zabrał go ze sobą do komisarjatu. W komisarjacie pacjent przeląkł się bardzo: zaczął płakać, krzyczeć, że umiera, błagał o litość i krzyczał przez łzy: „dajcie mi wo . . . o . . dy". Obecnie, podczas opowiadania tego przeżycia, uśmiecha się i mówi, że wówczas zupełnie nie czuł się tak bardzo źle, lecz udawał tylko dlatego, gdyż obawiał się policjantów, przypuszczając, iż będzie aresztowany i bity. Pewna kobieta, która właśnie w owym czasie załatwiała własne sprawy w komisarjacie, słysząc krzyki i płacz pacjenta, zlitowała się nad nim, podała mu wody i wymogła na policjantach, ażeby zwolnili do domu tak bardzo chorego i nieszczęśliwego człowieka. Pacjent powrócił do domu. Następnego dnia poszedł do bóżnicy. Po drodze chłopcy znowuż krzyczeli za nim: „warjat". Lecz obecnie, nauczony gorzkiem doświadczeniem, szedł spokojnie swą drogą, starając się nie zwracać uwagi na te ubliżające mu okrzyki gawiedzi

ulicznej. W bóżnicy modlił się przez pewien czas, lecz ponieważ dnia poprzedniego nic nie jadł, czuł się coraz bardziej osłabiony. Siły stopniowo opuszczały go, — aż osunął się z ławki na ziemię. Koledzy jego w przypuszczeniu, iż pacjent zemdlał, podnieśli gwałt i, chcąc go przywrócić do przytomności, wylali mu na głowę dzbanek wody. To już wyczerpało cierpliwość naszego pacjenta: rozwścieczony zerwał się z podłogi, bił i kopał otaczających, powybijał szyby, raniąc się w prawą rękę. Przerażeni tem, otaczający go ludzie wezwali pogotowie ratunkowe: nałożono mu opatrunek na prawą rękę, która silnie krwawiła. Podczas nakładania opatrunku, koledzy, widząc wycieńczenie pacjenta, starali się mu wepchnąć bułki do kieszeni. Lecz pacjenta jeszcze bardziej podnieciła ta zbyt spóźniona pieczołowitość kolegów, — zamierzył się, aby najbardziej natrętnego kopnąć, — lecz trafił sanitarjusza pogotowia. Pacjent przeląkł się swego postępku i w obawie, aby sanitarjusze nie pobili go za to, uderzył się sam w twarz. Ten czyn jego rozbawił sanitarjuszy i gdy pacjent znajdował się już w karetce pogotowia, zapytano go, dlaczego on sam siebie uderzył w twarz. Objaśnił, że chciał kopnąć kolegę swego — żyda, lecz nie sanitarjusza i, widząc swą pomyłkę, wolał ukarać samego siebie, aby uniknąć kary przez sanitarjuszy.*)

Pogotowie ratunkowe przywiozło chorego do naszego szpitala.

Po zapoznaniu się z początkowym okresem psychozy możemy obecnie kontynuować analizę naszego chorego. Uprzednio zatrzymaliśmy się na zobrazowaniu stanu psychicznego pacjenta bezpośrednio przed rozwinięciem się psychozy, przyczem wskazaliśmy na patalogicznie wzmożony popęd samozachowawczy, jako na najbardziej charakterystyczny przejaw psychiki pacjenta. Zaznaczyliśmy już również, że właśnie wzmożony popęd samozachowawczy spowodował oddanie się pacjenta z całą żarliwością studjom ksiąg religijnych, gdyż stosunki jego ze światem realnym zostały zachwiane. I otóż, gdy pacjent, znajdujący się w zobrazowanym wyżej stanie psychicznym, dnia pewnego odpoczywał w ogrodzie po męczących studjach, dumny i pewny siebie, — spotyka go obraza, która nieoczekiwanie zakłóca pogodę i spokój, panujący w ogrodzie.

*) Powyższa tendencja samoukarania, aby uniknąć kary zewnątrz, reprezentuje sobą jeden z podstawowych mechanizmów w powstaniu psychonerwicy. Zdaniem mojem, dążność owa do samoukarania płynie nie tylko z masochizmu - lecz i ze wzmożonego patologicznie popędu samozachowawczego, co jest zupełnie wyraźne w analizowanym przypadku.

Zapewne, była to tylko swawola dziewczęcia, którą sprowokował sam pacjent przez swą przesadnie groźną postawę, — dla chorego naszego jednak żart ten urósł do poważnego ostrzeżenia, iż nawet w swym małym, odgraniczonym od realności, świecie idealnym, nie może się czuć pewnym przed atakami życia. To właśnie powoduje tak nagłą przemianę pacjenta. Dotychczas słaby, bojaźliwy, — przyjmuje z namiętnością rzucone mu przez życie wyzwanie, dąży, nie bacząc na wszystkie przeszkody, do osiągnięcia sprawiedliwości, do uchronienia przed ośmieszeniem i poniżeniem tego, co dla niego przedstawia najwyższą wartość moralną.

Zapewne, oburzenie pacjenta może wydawać się niewspółmierne z przyczyną, która je wywołała. Uprzytomnić sobie jednak należy, że czyn dziewczyny pacjent zrozumiał, jako czyn, skierowany do siebie, jako do żyda, — i dlatego czuł się dotkniętym w swych uczuciach religijnych, tembardziej, że przez wzmożony popęd samozachowawczy był skłonny widzieć niebezpieczeństwo tam, gdzie go nawet nie było. Pacjent dąży do sprawiedliwości i dlatego zwraca się do posterunkowego, gdyż sam jest zbyt słaby, aby wymierzyć karę dziewczynie. Lecz z chwilą, gdy pacjent porzuca swą dotychczasową bierność i wstępuje w życie, spotyka go cios za ciosem. Policjanci zapewne nie byli w stanie zrozumieć oburzenia pacjenta, spowodowanego drobnem pozornie zajściem. Pacjent jednakże, niezrozumiany przez nikogo, wyśmiany przez gawiedź uliczną, zwracając wszystkich przeciwko sobie i nie znajdując w nikim oparcia, — przybywa wreszcie do komisarjatu, lecz nie jako oskarżyciel, lecz jako oskarżony. Życie raz jeszcze zwyciężyło pacjenta, wykazało mu całą jego bezsilność i bezskuteczność walki. I dlatego pacjenta opuszcza ochota do dalszej walki, — odtąd panuje już niepodzielnie popęd samozachowawczy. Złamany temi przeżyciami gra pacjent w komisarjacie ową scenę, wzbudzającą politowanie, aby tylko uzyskać wolność. Popęd samozachowawczy, wzmożony do stopnia patologicznego, nakazuje pacjentowi unikać wszelkiej walki z chrześcijanami, — i dlatego właśnie wymierza sobie policzek, gdy kopnął przypadkowo sanitarjusza. To właśnie spoliczkowanie siebie świadczy o bezmiarze poniżenia, jakie osiągnął nasz pacjent: to bowiem, co jeszcze dnia poprzedniego bronił odważnie wobec dziewczyny, obecnie sam oplwał wobec chrześcijanina, — tłomacząc się, iż chciał kopnąć żyda. Najświętsze, co dotychczas umożliwiało życie pacjentowi, — wzmożone samopoczucie jego, jako żyda, — zostało obecnie

zdruzgotane: rozpoczyna się psychoza. Zrozumiałem się również staje, dlaczego pacjent podczas psychozy wypowiada urojenia wielkościowe o sobie, jako o żydzie, który jest tak mądry, że jest w stanie nawet arcybiskupa nawrócić na wyznanie mojżeszowe. Tkwi w tem przebudzenie się godności własnej i nieświadomie przejawiająca się dążność zachowania w stanie psychozy tego, co życie realne zniszczyło. I dlatego ta tragiczna ucieczka pacjenta do psychozy staje się zrozumiała z punktu widzenia psychologicznego, jeżeli uwzględnimy wzmożony do zenitu popęd samozachowawczy.*)

Przyszliśmy w ten sposób do wyniku, który może wydać się nieco dziwny: konflikt na tle wzmożonego popędu samozachowawczego popycha schizoidnego osobnika do psychozy, a więc kieruje się przeciwko zdrowiu. Lecz jeśli nawet ten pogląd, wypływający z analizy naszego przypadku, wydaje się, powierzchownie rzecz biorąc, paradoksalny, to jednak zmuszeni jesteśmy przyznać, że dla naszego pacjenta naturalnem wyjściem z wytworzonej sytuacji psychicznej była psychoza. Nie pozostało bowiem dlań nic, co mogłoby utrzymać go przy życiu. Zdarza się niejednokrotnie, iż człowiek, dla którego rzeczywistość staje się nie do zniesienia, zaś sam on nie jest w stanie zmienić swego ustosunkowania do niej, zafałszowuje rzeczywistość, starając się w ten sposób dostosować ją do siebie. Działa tutaj specjalny mechanizm dostosowywania się, który podporządkowany jest popędowi samozachowawczemu. Ta właśnie zdolność dostosowywania się, która w biologji uznawana jest jako ważny czynnik bioplastyczny, — nabiera również i w psychopatologji, jak obecnie widzimy, psychoplastycznego znaczenia. Zapewne, owa zdolność dostosowywania się przejawia się w naszym przypadku w sposób patologiczny: nie zmienia bowiem osobnika w myśl nakazów rzeczywistości, lecz zmienia rzeczywistość w zależności od kompleksów osobnika. To odwrócenie zdolności dostosowywania się spowodowane zostaje przez proces schizofreniczny, tak mało, jak wiemy, liczący się z realnością.

Widzimy więc, że psychoza umożliwiła choremu zachowanie jakiejkolwiekbądź łączności ze światem otaczającym. Chory zapomina wszystkie ciosy losu, uważa siebie za najmądrzejszego,

*)Analizując stan psychiczny chorego, bynajmniej nie negujemy organicznego podłoża psychozy: chodzi nam jednakowoż w pracy niniejszej o poznanie jednej strony danego zjawiska, którego strona druga tkwi w zaburzeniach natury organicznej.

który w stanie jest nawet arcybiskupa nawrócić na wyznanie mojżeszowe. Charakterystyczne jest jednak, że chory nie rozwija w związku z temi urojeniami żadnych teorji, niechętnie nawet mówi o sobie, stara się położyć kres wszelkiej dyskusji, wykazuje obawę, aby w wierze swej w samego siebie nie być zachwianym. Widzimy w tej ostrożności, zachowanej nawet w stanie psychozy, analogiczne postępowanie, jakie obserwowaliśmy u pacjenta wobec jego bratowej. *)

Remisja psychozy rozpoczyna się od 11. IX. 26, a więc po dwuch miesiącach pobytu chorego na oddziale. Pacjent staje się spokojniejszy, przystępniejszy, zaczyna korygować swoje urojenia wielkościowe, — czuje się jednak w dalszym ciągu pewny siebie, twierdzi. że niczego się nie obawia, że dopiero obecnie czuje się prawdziwym człowiekiem. Widzimy, że w psychozie chory uzyskał wreszcie to wzmożone samopoczucie, którego mu w życiu przedtem tak bardzo brakowało. Świadczą o tem następujące słowa pacjenta: „obecnie czuję się pewny siebie, nie odczuwam lęku w nocy. Przedtem (t. zn. przed psychozą) obawiałem się wszystkiego, lękałem się nawet sam spać. Nie bałbym się teraz pójść w nocy sam do lasu". Widzimy więc, że psychoza przyniosła choremu jednakowoż pewną korzyść: podczas choroby bowiem pacjent uzyskał pewność siebie, wzmożone samopoczucie, w następstwie czego umożliwiony został powrót jego do realności, do zdrowia.

Obecnie zanalizujemy, jak przebiegała remisja schizofrenicznego procesu w sferze psychicznej.

Chory nasz w tym okresie ma wzmożone samopoczucie, lecz wyzbył się w pewnej mierze urojeń wielkościowych. Nie jest już agresywny wobec innych chorych, stara się być im pomocny. Mówi, ze chciałby uczynić coś dobrego na świecie, poświęciłby chętnie całą swoją pracę, aby powołać do życia jakiś dobroczynny zakład, jak np. stację mleka, która wydawałaby zadarmo mleko ubogim matkom. Chciałby również założyć zakład dobroczynny dla biednych dzieci, które byłyby tam tak troskliwie pielęgnowane, jak w najlepszych amerykańskich komitetach. Pieniądze na te wszystkie dobroczynne instytucje pacjent zarobi w ten sposób, iż będzie grać w teatrze rolę proroka, posługując się swą dobrą znajomością talmudu. Pozatem mógłby otrzymać w operze posadę „pomocnika

*) Ten właśnie brak wiary w samego siebie przemawia za tem, że w danym przypadku nie mamy do czynienia z narcyzmem, tembardziej, iż nie stwierdziliśmy u naszego pacjenta owego umiłowania samego siebie.

głównego śpiewaka", lub wreszcie mógłby zagrać rolę umierającego. Za zarobione w ten sposób pieniądze chciałby również wybudować ładną bóżnicę. Chory zapewnia, iż wszędzie, gdzie tylko będzie mógł, dążyć będzie do dobra. Przedtem, gdy robił awantury, to zawinił on sam i inni ludzie: wybił niestety szybę w bóżnicy i dlatego pogotowie ratunkowe sprowadziło go do szpitala. Obecnie, - zapewnia pacjent, - będzie czynić tylko dobrodziejstwa, - a wówczas awantury więcej nie powtórzą się, pokój bowiem zapanuje na ziemi. Nie jest ładnie, - rozumuje pacjent, - awanturować się: zjawia się wówczas policja i można być pobitym. Jeśli zaś czynić będzie dobrodziejstwa, wówczas nikt jego nie zaczepi, wszyscy ludzie — nawet policja, — będą go kochać. Pacjent postanawia założyć zakład dobroczynny nie tylko dla żydowskich, lecz i dla chrześcijańskich dzieci, ażeby policja nie zaczepiała go. Początkowo będzie to nieduży zakład, lecz stopniowo pacjent będzie go coraz bardziej powiększać. Jeśli do czegoś wytrwale się dąży, — to można to osiągnąć. Musi się stać dobroczynnym człowiekiem, gdyż jeśli na świecie rozwielmożni się zło, to życie takie jest dla niego nie do zniesienia. Pacjent zapewnia, że wszystkie, wyżej przytoczone, przyrzeczenia spełni, otrzymał bowiem siły ku temu od Boga: przyszedł do przekonania, że cała jego dotychczasowa działalność była bezcelowa, że roztrwonił tyiko swą zdolność do pracy. Uskarża się, że specjalnie przez polucje tracił napróżno swe siły: obecnie postanawia swe siły zużytkować dla czynienia dobra na ziemi.

Powyższe rozumowania naszego pacjenta przekonywują nas w zupełności, iż dążenie jego do dobroczynności polega na tendencji do zabezpieczenia się: pacjent bowiem żywi nadzieję, że dobrodziejstwami swemi zmusi ludzi do wdzięczności, która będzie najtrwalszą ochroną wobec ciosów losu. Widzimy z tego, jak duży jest udział popędu samozachowawczego w dążności do działalności dobroczynnej. Pacjent nasz doznał na sobie, iż najbardziej nawet zapobiegliwa opieka matki nie może uchronić dziecka przed głodem. Matka, która kocha tylko własne dzieci, zaś do dzieci innych odnosi się wrogo, przyczynia się mimowoli do tego, iż jej ukochane dzieci rzucone być mogą na pastwę zmagania się z losem. Pacjent właśnie z tego powodu wypowiada owe ważkie słowa przed swym wyjazdem do Rosji, — i dlatego również obecnie dąży do założenia zakładu dobroczynnego dla biednych dzieci. Jedynie bowiem miłość, ogarniająca wszystkich, zdolna jest uchronić dzieci

od tych zaślepionych matek, które mogą zdobyć się na miłość tylko do własnych dzieci. Pacjent nasz, który odczuł na sobie wrogość między katolikami a żydami, zdobył i pod tym względem doświadczenie życiowe: dąży on bowiem obecnie do tego, aby na polu działalności dobroczynnej nie powodować się różnicami wyznaniowemi, aby przez miłość usunąć tę tak krzywdzącą i poniżającą obie strony niesprawiedliwość. Widzimy tutaj, podobnie zresztą jak i w analogicznych przypadkach w życiu, iż te tak szczytne hasła płyną nieświadomie z dążności do zabezpieczenia się. *)

Przekonywamy się więc, że dążność do działalności dobroczynnej naszego pacjenta jest wyrazem sublimacji popędu samozachowawczego. Życie bowiem przekonało pacjenta, iż samotność nie jest rękojmią bezpieczeństwa. A wobec tego pacjent zwraca się do społeczeństwa, aby dzięki uwzniośleniu popędu samozachowawczego osiągnąć to, co dotychczas mu się nie udawało. Zasługuje na uwagę, iż procesowi sublimacji pacjent poświęca te cechy, które wypływały z jego urojeń wielkości: mówi bowiem, iż pieniądze na swe dobroczynne zakłady zdobędzie w ten sposób, że grać będzie w teatrze rolę proroka, śpiewać w operze lub udawać zmarłego. A więc to, co przedtem było wyrazem urojenia wielkości, — pacjent bowiem wierzył, że jest prorokiem, umie najlepiej śpiewać, etc. — obecnie urojenie to zostaje zdegradowane do odegranej dobrze tej czy innej roli, a zdolność ta może jedynie znaleść usprawiedliwienie wówczas, jeśli przyczyni się do szerzenia dobra. Z chwilą, gdy popęd samozachowawczy znajduje oporę dla siebie w społeczeństwie, urojenia wielkości tracą stopniowo znaczenie, — aż wreszcie zostają zupełnie skorygowane. Po paru dniach mówi nam pacjent, że pieniądze na działalność dobroczynną zdobędzie w ten sposób, iż postara się o posadę sprzedawcy w jakimś sklepie. Koryguje więc w ten sposób swe urojenia wielkości, — lecz jeszcze w dalszym ciągu dąży do działalności dobroczynnej, chociaż obecnie odkłada już ją na pewien czas. Pacjent motywuje to w sposób następujący: „Jeśli głupiec czegoś

*) Sprowadzając powyższe szlachetne dążności ludzkości do popędu samozachowawczego, bynajmniej nie zamierzamy je w ten sposób poniżyć lub powiększyć. Naodwrót, - pojmując je, jako produkt sublimacji popędu samozachowawczego, wypowiadamy w ten sposób przeświadczenie o trwałości i wszechludzkości tych haseł, które opierają się o tak potężny czynnik, jakim jest instynkt samozachowawczy.

chce, to czyni to natychmiast, gdyż myśli tylko o czasie teraźniejszym. Dopiero gdy się przekona, co wynikło z tego nieopatrznego działania, — martwi się wówczas. Człowiek mądry natomiast nigdy nie wprowadza natychmiast w czyn swego życzenia. Taki człowiek cierpi chwilowo przykrości, — lecz spogląda w przyszłość, a wówczas przekonywa się, że później oczekuje go przyjemność. Należy właśnie zrezygnować z natychmiastowego spełnienia życzeń."

Powyższe słowa wskazują nam, iż pacjent przyjmuje zasadę rzeczywistosci, odwracając się od zasady rozkoszy. Dlatego właśnie tłumi on swe seksualne życzenia, czyni sobie wyrzuty z powodu polucyj, — dąży do osiągnięcia zabezpieczenia, a nie rozkoszy. Widzimy więc, że zasada rzeczywistości jest wykładnią postulatów popędu samozachowawczego.

29. IX. 26 r. pacjent w remisji wypisany został z oddziału. Ze względu na to, że pacjenta tego obserwowaliśmy i w czasie pobytu jego w domu, — możemy zakomunikować o jego dalszych losach.

Po wypisaniu ze szpitala zajmował się udzielaniem lekcyj hebrajskiego języka: dopiero po miesiącu zwrócił się on do swego właściwego zawodu i wówczas zrezygnował ze swych planów działalności dobroczynnej. Chwilowo pacjent odbywał wędrówki piesze z Warszawy do Falenicy, aby tam znaleźć uczni. O swej działalności nauczycielskiej wypowiada się w następujących słowach: „udzielanie lekcyj sprawia mi dużą przyjemność. Czuję się wobec mych uczuć, jako ich ojciec lub brat. Jestem dobry z nimi, mam dobre serce, kocham nie tylko dzieci, lecz i cały świat, ażeby mnie nikt nie wyrządził krzywdy, kocham wszystkich, byle tylko nikt mnie nie skrzywdził. Jeśli obcy człowiek zapyta o cokolwiek, otrzymuje oschłą odpowiedź. Lecz jeśli zapyta on swego krewnego, otrzymuje uprzejmą odpowiedź. Otóż jestem wobec wszystkich ludzi, nawet obcych mi, tak dobry, jak wobec mych krewnych. Rozmawiam z uczniami memi tak, jak z braćmi. Najwyższą mądrością tory jest przykazanie: kochaj bliźniego, jak siebie samego. Przedtem popełniłem dużo grzechów: uprawiałem onanizm, chciałem mieć to, co posiadali inni ludzie; ponieważ nie mogłem tego osiągnąć, stałem się zazdrosny i samotny. Natomiast obecnie, po przebytej chorobie, jestem zadowolony z tego, co posiadam, kocham ludzi i jestem w dobrym humorze".

Słowa powyższe pacjenta wyjaśniają nam, dlaczego oddaje się on pracy nauczycielskiej: chce on bowiem w ten sposób utoż-

samić się ze swym ojcem. Ojciec jego był nauczycielem języka hebrajskiego w Falenicy, — i otóż syn, dążąc do utożsamienia się ze swym ojcem, odbywa piesze wędrówki do Falenicy, chociaż łatwiej byłoby mu udzielać lekcyj w Warszawie, gdzie mieszka. Znajdujemy tutaj potwierdzenie poglądu, wypowiedzianego przez nas uprzednio, iż syn po śmierci matki przeniósł swe uczucie na ojca. Pacjent mówi wyraźnie, że wobec swych uczni zajmuje stanowisko ojca. Widzimy atoli, że oprócz tego jeszcze inne motywy skłaniają pacjenta do serdecznego ustosunkowania się do swych uczni. Pacjent mówi, że kocha swych uczni i wszystkich innych ludzi dlatego, ażeby jemu nikt krzywdy nie wyrządził. Przykazanie o miłości bliźniego nabiera dla niego znaczenia: kochaj, a wówczas i ty będziesz kochany. Widzimy więc znowuż dążność do zabezpieczenia się, jako wynik sublimacji popędu samozachowawczego.

Zbliżyliśmy się do końca analizy naszego przypadku. Staraliśmy się zobrazować bieg życia naszego pacjenta i rozwój jego psychozy. I otóż wszędzie, — w dzieciństwie, w rozwoju psychozy i przyjściu do zdrowia psychicznego — napotykamy popęd samozachowawczy, jako potężny czynnik psychiczny. Popęd ten, który patologicznie wzmożony doprowadza do konfliktów z życiem otaczającem, występuje tak plastycznie w naszym przypadku, że nasuwa przypuszczenie, iż zaburzenie instynktu samozachowawczego w psychozach odgrywa większą rolę, niźli to się ogólnie przypuszcza. Zapewne, analiza jednego przypadku nie upoważnia nas jeszcze do uogólnień. Opierając się jednak na tym przejrzystym przypadku, winniśmy zwrócić baczniejszą uwagę na popęd samozachowawczy, który, jak obecnie przekonaliśmy się, może również ulegać zaburzeniom, podobnie jak i popęd seksualny.

Jestem świadomy tego, że poglądy, wypowiedziane w niniejszej pracy, odbiegają od teorji libido Freuda. Nie uważam jednakże, ażeby przez to zostało naruszone znaczenie teorji libido: naodwrót należy się spodziewać, iż uznanie znaczenia popędu samozachowawczego przyniesie pożytek nie tylko teorji libido, lecz i psychologji popędów. Nie chciałbym się w pracy niniejszej zastanawiać nad zagadnieniem genezy obu tych popędów: chodzi mi bowiem o zagadnienie kliniczno-psychologiczne, a nie o metapsychiczne. Musimy zadowolić się stwierdzeniem, że reakcje popędowe z punktu widzenia biologicznego są to filogenetycznie utrwalone mechanizmy, a wówczas przekonywamy się, że czynności popędowe, prowadzące do zadowolenia instynktu samozachowaw-

czego i seksualnego są tak różne, iż musimy uznać konieczność wyodrębnienia i poznania instynktu samozachowawczego. Ta właśnie dążność do poznania popędu samozachowawczego, niezależnie od instynktu seksualnego, jest uzasadniona również i przez to, że, jak wynika z analizy naszego przypadku, popęd samozachowawczy jest równie plastyczny, jak instynkt seksualny, i w stanie choroby psychicznej ulegać może zaburzeniom.

* * *

Section Psychiatrique de l'Hôpital Czyste à Warszawa.

Troubles de l'instinct de conservation dans la schizophrénie.

Par Roman Markuszewicz (Warszawa.)

Basant son opinion sur l'analyse d'un cas de schizophrénie paranoidale, l'auteur veut prouver que non seulement l'instinct sexuel, ce que nous savons par la psychoanalyse, mais aussi de même l'instinct de conservation est sujet à des troubles profonds au cours de la psychose. L'auteur entreprend d'examiner les désordres de l'instinct de conservation et employant la méthode psychoanalytique il en vient aux conclusions suivantes:

1⁰: Dans l'analyse psychologique il est nécessaire de faire une distinction entre l'instinct de conservation et l'instinct sexuel.

2⁰: Comme il résulte du cas mentionné, l'instinct de conservation est aussi plastique que l'instinct sexuel et peut être sujet à diverses modifications comme à la sublimation et à des désordres dans le genre d'accroissement pathologique comme le montre la pathoplastique du cas mentionné. L'auteur attire l'attention sur la nécessité d'une analyse des phénomènes psychiques de l'instinct de conservation, qui joue un rôle prédominant comme facteur psychique.

Sprawozdania z posiedzeń lekarskich.

Posiedzenie naukowe lekarzy w Dziekance, z udziałem gości, w dniu 7. 2. 1928 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. ZAJĄCZKOWSKI.

I. P. **Piotrowski** wygłasza referat na temat „Ograniczenie swobody osobistej psychicznie chorych".

Temat ten ma ogólne znaczenie. Chodzi tu o pozbawienie wolnego obywatela swobody osobistej, swobody, która jest najwięk-

szym skarbem i przywilejem każdego z członków społeczeństwa. Od zasady — „wolność i swoboda osobista ponad wszystko" — musimy często, ze względu na dobro społeczeństwa czy nawet na osobiste bezpieczeństwo samego pacjenta, odstąpić i jako lekarze pozbawiać wolności osobistej chorych psychicznie, umieszczając ich w zakładach zamkniętych. Referent zwraca się do audytorjum prawniczego, aby zechciało wyrazić swoje zdanie o tym tak bogatym w treść prawniczą temacie. Niektórzy chorzy umysłowo protestują energicznie przeciwko pozbawieniu ich wolności, poprzestając na wyrażeniu swego protestu przed rodziną i lekarzem. Nieliczne jednostki zwracają się na drodze oficjalnej do obrońcy z urzędu wolności osobistej każdego z obywateli, to jest do prokuratora. Nie wszyscy jednak pacjenci nasi są niezadowoleni z umieszczenia ich w zakładzie zamkniętym. Pokaźny ich procent zachowuje się wobec tego faktu zupełnie apatycznie — są to chorzy na tyle pomieszani, że nie zdają sobie wogóle sprawy z tego, co się z nimi dzieje, lub są tak zahamowani lub otępiali, że zmiana otoczenia nie robi na nich żadnego wrażenia. Inni znów pacjenci, odczuwając swą niezdolność do życia w społeczeństwie, lub czując się psychicznie chorymi, sami zwracają się do zakładu psychjatrycznego i są wdzięczni za udzielenie im opieki i ostoi życiowej. Prócz tego cały szereg pacjentów wyszedł ze stanu chorobowego i ma dostateczny wgląd w przebytą chorobę, chociażby nawet poprzednio, w stanie chorobowym, energicznie protestował przeciw internowaniu, później jest wdzięczny lekarzom za leczenie ich w zakładzie i post factum uznaje słuszność przedsiębranych względem nich sposobów leczenia i postępowania. Chorzy, protestujący przeciwko przymusowemu umieszczeniu ich w zakładzie, przedstawiają typ względnie jednolity pod dwoma względami: 1) nie mają poczucia swej choroby, 2) są skłonni do pieniactwa — mogą oni zresztą cierpieć na najrozmaitsze choroby psychiczne jak: schizofrenja, parafrenja, psychoza manjakalno-depresyjna, paraliż postępujący itd. O ile prokurator otrzyma zażalenie od pacjenta, który jest umieszczony w zakładzie psychjatrycznym, o pozbawienie go wolności, to jedynym momentem interesującym go będzie kryterjum, czy nie stało się tu jakie bezprawie. Czasami jest bardzo trudno dowieść niefachowcowi istnienia u internowanego choroby psychicznej, gdyż często znamiona psychozy są początkowo tylko słabo zaznaczone i tak subtelne, że jedynie doświadczonemu lekarzowi-psychjatrze udaje się rozpoznać zwiastuny choroby. Często

też spotyka się lekarz z dysymulacją, która niekiedy posunięta jest do tego stopnia, że pacjent potrafi opanować i ukryć w sobie wszelkie patologiczne przejawy tak, że w danym momencie nie łatwo lekarzowi chorobę zademonstrować z objawami objektywnie stwierdzalnymi. Atoli siły takiego chorego w walce z domagającymi się ujawnienia objawami chorobowymi z czasem słabną i przy dłuższej obserwacji choroba jego ukazuje się wreszcie w całej pełni. Jako ilustrację powyższego referent przedstawia chorą, ktora w chwili przyjęcia do zakładu tak sprytnie umiała dysymulować, że nawet lekarze-psychjatrzy nie byli pewni, czy mają do czynienia z chorą i wentylowali kwestję, czy internowana nie padła ofiarą intrygi Dysymulacja jednak nie trwała długo, albowiem już po kilku dniach pojawiło się u pacjentki manjakalne podniecenie z ruchliwością, gadatliwością, nadmierną wesołością i erotomanją. Następnie, jako dalszą ilustrację swego referatu, p. Piotrowski przedstawia dwie chore, które energicznie najrozmaitszemi drogami — przez prokuratora i za pośrednictwem adwokata — usiłują odzyskać wolność osobistą. Obie chore: jedna hebefreniczka, druga manjaczka, zachowują się tak poprawnie i argumentują tak logicznie i przekonywująco, że audytorjum nie odnosi wrażenia, iż są to osoby chore. Hebefreniczka w okresie ostrych zaburzeń psychicznych wykazuje wyraźną sztywność afektywną, brak adekwatnych reakcji wzruszeniowych na bodźce psychiczne, oraz osłabioną sprawność formalnego i rzeczowego myślenia Pacjentka nie odpowiada rzeczowo, lecz zbywa pytania ogólnikami, półsłówkami, nigdy nie wyczerpuje tematu, tak że w rozmowie nie można z nią przyjść do ładu.

Druga chora, cierpiąca na psychozę manjakalno-depresyjną, w stanie manjakalnego podniecenia jest agresywna, drażliwa, nieprzyjazna, ucieka z domu, obgaduje w niemożliwy sposób dzieci, charakteryzując je jako potwory.

Pozatem referent przedstawia chore, które w przeciwieństwie do powyżej opisanych są zadowolone ze swego pobytu w zakładzie, lub ze względu na stan dezorjentacji i pomieszania, w jakim się znajdują, odnoszą się do tej kwestji obojętnie.

W końcu p. Piotrowski przytacza przepisy obowiązujące w Polsce zachodniej psychjatrę w sprawie umieszczenia psychicznie chorego w szpitalu psychjatrycznym.

II. P. Bielawski przedstawia przypadek sądowo-psychjatryczny: J. M., lat 27, oskarżony o kradzież, oszustwa i sprzeniewierzenia, popełnione w latach 1925 i 1926. Czyny zostały dokonane

z wyrafinowaną premedytacją i wielką brawurą. M. przechodził w 1917 r. kiłę, której nie leczył. U badanego znaleziono pod względem cielesnym opieszałe oddziaływanie źrenic na światło, lekkie drżenie wysuniętych rąk, powiek i języka, chwianie się w pozycji stojącej przy zmrużonych oczach. Badanie krwi i płynu mózgowordzeniowego dało wybitnie dodatni odczyn B.-Wassermanna w obu tych cieczach i wykazało znacznie wzmożone białko płynu mózgowo-rdzeniowego. Psychicznie M. produkuje następujące chorobowe objawy: wzmożone samopoczucie, wielką pewność siebie, urojenia wielkości, urojenia prześladowcze, osłabienie krytyki, osłabienie zdolności kombinacyjnych, pamięci, pojęć etycznych i socjalnych. Badany jest podniecony, wesoły, wielomówny, dowcipkuje; twarz jego wyraża małą inteligencję. Referent rozpoznaje u badanego porażenie postępujące. Co do związku obecnej choroby z czynami przestępczymi badanego, popełnionymi w latach 1925-26, p. Bielawski zaznacza, że choroba, na którą cierpi M., jest cierpieniem przewlekłem i w pierwszych etapach swego rozwoju nie uderza otoczenia wyraźnymi objawami chorobowymi, mimo że już w tem stadjum powoduje poważne zmiany we wzajemnem ustosunkowaniu poszczególnych elementów psychicznych, naruszając tem samem harmonję życia duchowego i powodując w szczególności antysocjalne wystąpienia chorego. Zwłaszcza wcześnie przy tej chorobie zostają spaczone przyswojone pojęcia społeczne i etyczne, które odgrywają tak ważną rolę w zachowaniu się jednostki w społeczeństwie, chroniąc ją przed dopuszczaniem się czynów nieetycznych i bezprawnych. Czy jednak przypisane badanemu czyny karalne, popełnione w latach 1925-26, miały podłoże chorobowe, trudno kategorycznie orzec, gdyż materjał psychologiczny akt sądowych, oświetlających zachowanie się oskarżonego w okresie dokonywania zarzuconych mu czynów, nie dostarcza żadnych danych, wykazujących, by M. już wtedy był dotknięty chorobą psychiczną.

W konkluzji referent przychodzi do wniosku, że istnieje wysoki stopień prawdopodobieństwa, że badany M. w chwili dokonywania czynów karalnych znajdował się w stanie takiego chorobowego zakłócenia umysłu, który to stan wykluczał jego zdolność kierowania swoją wolą.

Dyskusja.

P. **prokurator Sobiecki**, zabierając głos do referatu p. Piotrowskiego, zaznacza, że o ile dostanie zażalenie od pacjenta w sprawie jego przymusowego umieszczenia w zakładzie, to tra-

ktuje sprawę pod kątem widzenia formalnego, t. zn. że o ile akta zakładowe wykazują, że zostały wypełnione przepisane formalności, to nie może być mowy o bezprawnem pozbawieniu wolności obywatela. Jedynie wtedy przymusowe umieszczenie w zakładzie psychjatrycznym jest karalne, gdy nastąpiło ono bezprawnie, t. zn. gdy nie było wniosku rodziny wzgl. prawnego zastępcy chorego o umieszczenie go w zakładzie psychjatrycznym oraz świadectwa lekarskiego orzekającego, że pacjent jest psychicznie chory i że z powodu tej choroby jest niebezpieczny dla siebie i dla otoczenia i potrzebuje koniecznie opieki zakładowej.

P. **podprokurator Bitner** natomiast oświadcza, że odniósł wrażenie, iż demonstrowani pacjenci protestowali nie przeciwko umieszczeniu ich w zakładzie, lecz przeciwko opinji o nich, że są umysłowo chorzy, i ta opinja o nich najbardziej im dolega.

P. **Piotrowski** wskazuje na moment, który należy wziąć pod uwagę, iż badany przedstawiony przez p. Bielawskiego nabył kiłę przed kilkunastu laty, że porażenie postępujące nie powstaje nagle, przez jedną noc, lecz rozwija się powoli, stopniowo, przez długie lata i zmienia osobowość psychiczną dotkniętego chorobą, iż mimo braku zewnętrznych cech porażenia postępującego choroba jako siła obca opanowuje osobowość psychiczną, która pod wpływem tej właśnie obcej siły niezawsze może swobodnie kierować swoimi czynami. Jakkolwiek lekkie formy porażenia postępującego niezawsze bezwzględnie wykluczają poczytalność chorego, to jednakże w licznych przypadkach wywierają wpływ ujemny na postępowanie dotkniętego tą chorobą. Uwzględniając oświadczenie chorego, że wyrzucił jajecznicę, która mu się wydawała zatrutą, z czego wnioskował, że go chciano otruć — a miało to miejsce przed dokonaniem czynów karalnych — można z pewnością przyjąć, że badany miał wtedy omamy smakowe względnie węchowe i urojenia prześladowcze i był już wówczas psychicznie chory do tego stopnia, że nie orjentował się; z tego powodu nie mógł kierować prawidłowo swoją wolą. Gdy uznamy ten fakt jako pierwszy objektywny objaw porażenia postępującego, które się rozwinęło i potęgowało, przyjdziemy do wniosku, że czyny karalne, które sprawca później dopiero popełnił, dokonał w stanie ciężkiej choroby psychicznej, wykluczającej swobodne kierowanie wolą, a więc dokonał ich w stanie niepoczytalności w myśli § 51 k. k.

Streszczenia.

F. Bering, Essen: Uwagi krytyczne dotyczące leczenia kiły malarją.
Kritisches zur Malariabehandlung der Syphilis). — Wien. Klin. Wochenschrift. 1928, Nr. 28.

Autor streszcza swoje doświadczenia szczepienia malarji we wczesnych okresach zachorzeń luetycznych i oświetla je krytycznie.

Dwa punkty widzenia uwzględnione być muszą przy badaniu płynu mózgowo - rdzeniowego, t. j. w jakim okresie chorobowym ma być on badany i czy we wszystkich wypadkach badanie jest potrzebne, czy też badanie krwi wystarczy. W okresie drugorzędnym stwierdzenie, że płyn mózgowo-rdzeniowy reaguje dodatnio lub ujemnie, nie ma wielkiego znaczenia. Badania autora wykazały, że przypadki znajdujące się w okresie wysypkowym zachorzenia miały odczyn w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny, przy następnych zaś punkcjach dodatni, z drugiej strony dodatni odczyn Wassermanna w płynie nawet bez leczenia stał się ujemnym. Dlatego też punkcja winna być dokonywana po ukończeniu leczenia albo w okresie latencji późnej (Spätlatenz). Dodatnia reakcja płynu mózgowo-rdzeniowego w tym okresie musi być uważana niewątpliwie jako objaw poważny.

Co do drugiego punktu, t. j. czy nie wystarczą badania krwi, autor twierdzi, że ich wartość jest znacznie mniejsza od badania płynu mózgowo-rdzeniowego; istnieje bowiem dużo przypadków, w których badania krwi były ujemne mimo poważnych zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Efektem leczenia kiły w różnych jej postaciach winno być otrzymanie ujemnego odczynu Wassermanna nietylko we krwi, lecz i w płynie mózgowo-rdzeniowym. W tym celu leczenie zimnicą przewyższa wszystkie inne metody terapeutyczne. Przeszczepiamy zimnicę albo śródżylnie albo podskórnie. Autor zaznacza, że krzywe ciepłoty po szczepieniach śródżylnych są bardziej nieregularne niż po szczepieniach podskórnych. U pierwszych już po paru dniach mamy wysoką temperaturę, utrzymującą się przez 3 do 4 dni na wysokości 39—40° C i więcej, przyczem chorzy bardzo cierpią. Po zastrzykach podskórnych gorączka zaczyna się później i podnosi powolniej, przyczem stale wytwarza się tertiana, przeto autor stosuje częściej szczepienie podskórne, chociaż przy tej metodzie kuracja się przedłuża.

W przypadkach, w których odporność pacjenta jest już zmniejszona, lekarz tylko wtedy ma prawo do przeprowadzenia kuracji malarycznej, gdy dysponuje odpowiednim personelem pomocniczym lekarskim i pielęgniarskim. Przypadki śmiertelne, które przyczyniły się do obniżenia wartości kuracji malarją, według zdania autora, polegały na braku doświadczenia i czujności.

Przy wcześnie pojawiającem się zabarwieniu żółtaczkowem trzeba być ostrożnym, tak samo przy krwotokach z nosa i ust.

Rzadko występują silne wymioty, prawdopodobnie z powodu podrażnienia nerwu współczulnego. Doświadczenia wykazały, że tacy chorzy najgorzej znoszą kurację malaryczną, cierpią bardzo, dostają szybko żółtaczkę, są osłabieni tak, że trzeba przerwać kurację po 3—4 atakach. Przeciętnie w klinice autora chory przechodzi ośm ataków, które dla celów leczniczych wystarczają nawet w takich przypadkach, gdzie mamy już poważne zmiany płynu mózgowo-rdzeniowego a nawet zmiany kliniczne. Dla leczenia wiądu rdzeniowego wystarczy mniejsza liczba ataków.

Szczególną wartość ma leczenie wstępne i następcze, ostatnie jest jeszcze ważniejsze. Bez gruntownego leczenia następczego salwarsanem nie osiągnie się celu.

Skombinowane leczenie bismutem — malarją — salwarsanem (Bi — Mal — Salv) przewyższa o wiele leczenie bez malarji. W przeważnej ilości przypadków odczyny zupełnie znikają z płynu mózgowo-rdzeniowego, przyczem reakcja B.—W. trwa najdłużej.

Szczególnie ważne jest szybkie cofanie się procesów zapalnych. Te znikają często już po ukończonej kuracji malarycznej, podczas gdy odczyny trwają uporczywie nadal, co podkreśla stale Wagner-Jauregg. Z tych względów nie jest wskazane badanie płynu już w kilka tygodni po ukończeniu kuracji malarją, gdyż miałoby się wówczas mylne pojęcie o wyniku kuracji. Trzeba odczekać przynajmniej 4—6 miesięcy.

Nawrotom skórnym nie można zapobiec w sposób pewny przez kurację malaryczną. Autor widział nawrot choroby w postaci wysypek plamisto-brodawkowatych sześć miesięcy po kuracji.

Kuracja malarją okazała się pomyślną i w takich przypadkach, których B.—W. we krwi był pozytywny mimo najstaranniejszego leczenia. Połączenie kuracji malarją z następczem leczeniem Salv + Bi prawie zawsze jest skuteczne. I na kilaki kuracja malaryczna działa pomyślnie.

Skuteczne było leczenie malarją w przypadkach z groźnem owrzodzeniem na skórze, w kościach, na błonie śluzowej jamy nosowo-gardłowej i podniebienia, w których salwarsan i bismut nie działają. Wszystkie te ciężkie objawy cofnęły się podczas gorączki i zniknęły wreszcie zupełnie. Oporność na leczenie Salv+Bi także zniknęła.

Autor miał sposobność leczenia licznych przypadków kiły, przechodzącej bezpośrednio w porażenie postępujące. Kuracja z początku działa w niektórych przypadkach prowokująco tak, że przeniesienie chorego do zakładu zamkniętego było konieczne. Atoli po tygodniach lub miesiącach następowało znaczne polepszenie, a nawet zdolność do pracy. Równocześnie płyn mózgowordzeniowy poprawił się. Między chorymi byli tacy, którzy leczyli rię od szeregu lat intensywnie i mimo stosowania kalomelu, salwarsanu i bismutu wykazywali zmiany anatomo-kliniczne, postępujące naprzód.

W przypadkach wiądu rdzenia możemy osiągnąć polepszenie, jeżeli u chorego trwa jeszcze proces syfilityczny. Jeżeli odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym jest ujemny, to tabes nie robi postępów i kuracja jest zbędna, stwierdzenie zaś reakcji dodatniej jest i tutaj wskazaniem leczenia malarją. Często zachorzenie nerwu wzrokowego polepsza się.

U pacjentów leczonych malarją autor nie zauważył skutków ujemnych.

Z pośród osób leczonych malarją — o ile płyn mózgowordzeniowy przed pojawieniem się objawów kiłowych w centralnym systemie nerwowym wykazywał reakcję dodatnią — żadna nie zachorowała na wiąd rdzenia lub porażenie postępujące.

W. Weygandt, Hamburg: Ocena wartości socjalnej paralityków w zawodzie akademickim po leczeniu infekcyjnem. (Sociale Einschaetzung paralytischer Akademiker nach Infektionbehandlung) Wien. Klin. Wochenschr. 1928, 28.

Paraliż postępujący do niedawnych jeszcze czasów uważano za chorobę ciężką, wykluczającą pełną zdolność do działań prawnych i dającą powód do ubezwłasnowolnienia i rozwodu. W miarę zaś doskonalenia się djagnostyki klinicznej i serologicznej oraz terapji zapatrywania na to schorzenie uległy zmianie. Zdaniem autora wyzdrowienie paralityków jest możliwe. Zawody, wymagające w każdej chwili przytomności umysłu jak pilot, kierownik parowo-

zu lub samochodu, kapitan okrętu, powinne być nieprzystępne dla ozdrowieńców paralitycznych.

Co do zawodów akademickich, to najwięcej odpowiedzialnym jest zawód lekarski. Autor poleca, aby lekarzom paralitykom zakazano wykonywania operacyj. Nawet interniści mogą działać szkodliwie w sytuacjach krytycznych.

U prawników nie wchodzą w rachubę sytuacje, wymagające decyzyj momentalnych. U pedagogów niebezpieczeństwo szkodzenia uczniom nie jest wielkie.

Przy badaniu zdolności zawodowej należy uwzględniać swoistość odnośnego zawodu i indywidualizować w każdym przypadku.

BR. JESIONOWSKI.

Nadesłane.

WYJAŚNIENIE.

Szanowny i Łaskawy Panie Redaktorze!

W ostatnim numerze „Nowin Psychjatrycznych" zamieściłem ustęp przytoczony z rozporządzenia wykonawczego Ministra Skarbu do ustawy o Państwowym Monopolu Spirytusowym, ogłoszonego w Dzienniku Ustaw, w którym Ministerstwu Skarbu zostało nadane prawo przyznawania remuneracji funkcjonarjuszom Monopolu i spółdziałającym czynnikom Ministerswa Skarbu z czystego zysku monopolu do wysokości 10% (ściśle 9,9 %) tego zysku.

Dowiaduję się obecnie, że Rozporządzenie Prezydenta o Monopolu Spirytusowym z marca 1927 r. przytoczony ustęp zmienia w tym kierunku, że nie wskazuje ściśle sumy, lecz powiada ogólnie, że Minister Skarbu może na cel powyższy przeznaczać „pewną sumę" czystego zysku z Monopolu Spirytusowego.

Rozporządzenie Prezydenta ma moc Ustawy, której nie miało ministerjalne rozporządzenie wykonawcze, jest późniejsze, unieważnia rozporządzenie poprzednie.

Poczuwam się do obowiązku złożenia powyższego wyjaśnienia, o którego zamieszczenie w najbliższym numerze Nowin Psychjatrycznych upraszam Pana Redaktora.

Prof. Dr. med. R. Radziwiłłowicz.

Wilno 29. V. 29.

XIII Zjazd Lekarzy Przyrodników Polskich w Wilnie.

Wilno, w kwietniu 1929.

(Okólnik Nr. 3).

Komitet organizacyjny Zjazdu podaje do wiadomości obecny stan prac przygotowawczych.

I. Termin Zjazdu 26 — 29 września 1929.

II. Ostateczny skład sekcji naukowych

Sekcja Nr. 1 (Nauk matematycznych, fizycznych i astronomicznych), Przew: prof. dr. Wiktor Staniewicz. Zast. przew: prof. dr. Władysław Dziewulski i prof. dr. Wacław Dziewulski. Sekr. prof. dr J. Rudnicki, zast. sekr. prof. dr. Stefan Kempisty. Biuro sekcji: Obserwatorjum astronomiczne U. S. B., Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 2. (Chemji). Przew. prof. dr. M. Hłasko, zast. przew: prof. dr. E. Bekier. Sekr. mg. Osman Achmatowicz. Biuro: Zakład chemji nieorganicznej U. S. B., ul. Nowogródzka 22.

Sekcja Nr. 3. (Geologji, geografji, mineralogji i paleontologji). Przew. prof. dr. B. Rydzewski. Zast. przew prof. dr. M. Limanowski. Sekr: dr. P. Radziszewski. Biuro: Zakład Geologji U. S. B., ul. Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 4. (Anatomji, zoologji i antropologji). Przew: prof. dr. M. Reicher. Zast. przew: prof. dr. Szeliga-Mierzeyewski. Sekr: dr. Jan Prüffer. Biuro: ul. Słowackiego 15.

Sekcja Nr. 5 (Botaniki). Przew: prof. dr. Józef Trzebiński. Zast. przew: prof. dr. Piotr Wiśniewski. Sekr: Bronisław Szakien. Biuro: Zakład Botaniki Rolniczej U. S. B., ul. Objazdowa 2. (Coll. J. Piłsudskiego).

Sekcja Nr. 6. (Przyrodniczo-dydaktyczna). Przew: dr, Zygmunt Fedorowicz (ul. Mała Pohulanka 1). Sekr: Zygmunt Hryniewicz, nauczyciel gimn., ul. Dominikańska 3.

Sekcja Nr. 7. (Przyrodniczo-rolnicza). Przew: prof. dr. Stefan Bazarewski. Sekr. inż. Józef Szystowski. Biuro: Zakład uprawy roli i roślin U. S. B., ul. Objazdowa 2.

Sekcja Nr. 8. (Anatomji patologicznej i medycyny sądowej). Przew: prof. dr. K. Opoczyński. Zast. przew: prof. dr. Schilling — Siengalewicz. Sekr: dr. Z. Jakubowski. - Biuro: Zakład Anatomji patologicznej U. S. B. Wilno, Antokol.

Sekcja Nr. 9. (Bakterjologji, hygjeny i medycyny społecznej). Przew: prof. dr. Kazimierz Karaffa-Korbutt. Zast. prof. dr. T. Gryglewicz i dr. G. Sztolcman. Sekr. doc. dr. Safarewicz. Biuro: Zakład Hygjeny U. S. B. Antokol, Szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 10 (Fizjologji, chemji fizjologicznej, patologji doświadczalnej i farmakologji). Przew: prof. dr. C. Traczewski. Zast. przew: prof. dr. M. Eiger. Sekr: doc. dr. E. Czarnecki. Biuro: Zakład fizjologji U. S. B., Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 11. (Medycyny wewnętrznej). Przew: prof. dr. Z. Orłowski. Zast. przew: dr. Leon Klott. Sekr.: dr. Kuncewiczówna i dr. Cynkutisówna. Biuro: I. Klinika chorób wewnętrznych U. S. B., szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 12 (Chirurgji). Przew: prof. dr. K. Michejda. Sekr. dr. Zemojtel. Biuro: Klinika chirurgiczna U. S. B., Antokol.

Sekcja Nr. 13. (Radjologji). Przew. dr. Leon Sułkowski. Sekr. dr. Wł. Gimbutt. Biuro: Wilno, Szpital kolejowy.

Sekcja Nr. 14. (Ortopedji). Przew: dr. Zalewski. Biuro: Klinika chirurg. U. S. B., Antokol.

Sekcja Nr. 15. (Otolaryngologji). Przew: prof. dr. J. Szmurło. Zast. przew. dr. F. Świeżyński. Sekr: dr. Tadeusz Wąsowski i dr. Rozwadowski. Biuro: Klinika uszna, Antokol.

Sekcja Nr. 16. (Pedjatrji). Przew: prof. dr. W. Jasiński. Sekr: dr. H. Kaulbersz-Marynowska. Biuro: Klinika chorób dzieci, Antokol, szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 17. (Chorób nerwowych). Przew.: prof. dr. Stanisław Władyczko. Zast. przew: dr. A. Falkowski. Sekr.: dr. Janina Hurynowiczówna. Biuro: Klinika neurologiczna U. S. B., Szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 18. (Psychjatrji). Przew: prof. dr. R. Radziwiłłowicz. Sekr: dr. H. Jankowska. Biuro: Klinika psychjatryczna U. S. B., ul. Letnia 5, Antokol.

Sekcja Nr. 19. (Okulistyki). Przew.: prof. dr. J. Szymański. Zast. przew.: dr. Halecki. Sekr.: doc. dr. Abramowicz. Biuro: Klinika oczna U. S. B., Antokol.

Sekcja Nr. 20. (Ginekologji i położnictwa.). Przew.: prof. dr. W. Jakowicki. Sekr: dr. Zaleski. Biuro: Klinika ginekologiczna U. S. B., Bogusławskich 3.

Sekcja Nr. 21 (Chorób skórnych i wenerycznych). Przew: dr. Hanusewicz. Zast. przew: dr. M. Mienicki. Sekr: dr. E. Sawicki. Biuro: Klinika Chorób Skórnych U. S. B., Antokol.

Sekcja Nr. 22. (Stomatologji). Przew: dr. A. Mancewicz. Zast. przew: lek. dent. Adam Wolański. Sekr: A. Mikulski. Biuro: ul. Wileńska 26 m. 6 (w mieszkaniu lek. dent. A. Wolańskiego).

Sekcja Nr. 23. (Historji i filozofji medycyny). Przew: prof. dr. Stanisław Trzebiński. Sekr. doc. dr. Czarnecki. Biuro: Seminarjum. Historji medycyny U. S. B., Collegjum Swiętojańskie.

Sekcja Nr. 24. (Medycyny wojskowej). Przew: pułk. lek. dr. Szczepan Ordyłowski. Grodno D. O. K. Zast. przew: ppłk. lek. dr. J. Bohuszewicz. Sekr: mjr. lek. dr. Jan Pióro. Biuro w mieszkaniu sekretarza, szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 25. (Nauk farmaceutycznych). Przew: prof. dr. J. Muszyński. Zast. przew: Wład. Sokołowski. Sekr: inż. W. Strażewicz. Biuro: Zakład farmakognozji U. S. B., ul. Objazdowa 2.

Sekcja 26 (Weterynarji). Przew: lek. wet. Apolonjusz Głuchowski, ul. Jagiellońska 7 m. 9. Sekr: lek. wet. Antoni Nowicki, ul. Zygmuntowska 12. Biuro tamże.

Sekcja Nr. 27 (Prasy lekarskiej i przyrodniczej). Przew: prof. dr. J. Szmurło. Zast. przew: dr. Jan Prüffer. Biuro: Klinika otolaryngologiczna U. S. B., Antokol.

Program Zjazdu w najogólniejszych zarysach ustalono następująco: Każdego dnia odbędzie się jedno plenarne posiedzenie z referatem bez dyskusji. Posiedzenia te trwać będą około godziny (9—10), poczem się rozpoczną obrady sekcyjne. Na zaproszenie komitetu organizacyjnego wykłady na plenarnych posiedzeniach wygłoszą: W pierwszym dniu Zjazdu prof. dr. Leon Marchlewski z Krakowa na temat: Przemiana materji w ustroju zwierzęcym a roślinnym, w drugim dniu prof. dr. Emil Godlewski z Krakowa na temat: Starość i śmierć jako zjawiska biologiczne, w trzecim dniu prof. dr. E. Piasecki z Poznania na temat: Biologiczne podstawy wychowania fizycznego, w czwartym i ostatnim dniu prof. dr. Witold Nowicki ze Lwowa na temat: Zagadnienie choroby raka w nauce i życiu społecznem. Ponadto zamierzone jest poświęcenie części ostatniego posiedzenia pamięci J. Mianowskiego z powodu 50-lecia jego śmierci. Przemówienie wygłosi prof. Wrzosek z Poznania.

Programowe wykłady w sekcjach ogłoszone będą przez poszczególne sekcje.

Komitet organizacyjny prosi wszystkich lekarzy i przyrodników, którzy zgłoszą referaty, w sekcjach, o nadsyłanie tematów wraz ze streszczeniami, przed dniem 31. sierpnia. W Pamiętniku Zjazdu wykłady ogólne będą drukowane w całości; na referaty programowe w sekcjach rezerwuje się cztery stronice druku, na referaty mniejsze po pół stronicy.

W myśl postanowień statutu Zjazdów (§ 25) na posiedzeniach sekcyjnych prelegenci mają prawo mówić 20 minut. W dyskusji wolno zabierać głos dwa razy, mówić wolno minut 10.

Sekcja mieszkaniowa apeluje do wszystkich członków i uczestników Zjazdu o ogłaszanie swego udziału przed dniem 31. sierpnia. Jest to potrzebne ze względu na wygodne rozmieszczenie i na przygotowanie odpowiednich mieszkań. Zgłaszać się należy na ręce przewodniczącego sekcji d-ra H. Rudzińskiego, ul. Wielka 51 (wojew. Urząd Zdrowia) z podaniem życzenia co do mieszkania (mieszkannie w hotelu, w domach prywatnych, w klinikach).

Dla członków i uczestników Zjazdu są przewidziane zniżki kolejowe w granich przyjętych przez Zarząd Kolejowy (66%-owa zniżka w drodze powrotnej).

Sekcja wycieczkowa organizuje szereg wycieczek w bliższe i dalsze okolice Wilna. Bliższe szczegóły poda do wiadomości sekcja wycieczkowa, na której czele stoją prof. Limanowski i prof. Rydzewski. Zwiedzanie miasta odbędzie się pod kierownictwem proszonego w tym celu prof. Ruszczyca.

W czasie Zjazdu zorganizowana będzie wystawa. Na czele sekcji wystawowej stoi prof. Muszyński (Wielka 24).
Wysokość wkładki za udział w Zjeździe ustalono dla członków na zł. 30, dla uczestników — zł. 20. Komitet organizacyjny prosi wszystkich członków i uczestników o nadsyłanie wkładki przy zamawianiu mieszkania do P. K. O. konto Nr. 81309 (skarbnik dr. W. Bądzyński).

(—) Prof. Michejda m. p. (—) Prof. Januszkiewicz
Generalny Sekretarz. Przedwodniczący.

Zarząd Sekcji Neurologicznej XIII-go Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich, mającego odbyć się w dniu 26—29 września 1929 r., podaje do wiadomości, że codziennie zrana od godz. 9—10 odbywać się będą posiedzenia plenarne z referatami bez dyskusji. Na zaproszenie Komitetu Organizacyjnego referaty wygłoszą: W pierwszym dniu Zjazdu — Prof. dr. Leon Marchlewski z Krakowa na temat: Przemiana materji w ustroju zwierzęcym a roślinnym, w drugim dniu — Prof. dr. Emil Godlewski z Krakowa na temat: Starość i śmierć jako zjawiska biologiczne, w trzecim dniu — Prof. dr. E. Piasecki z Poznania na temat: Biologiczne podstawy wychowania fizycznego, w czwartym dniu — Prof. dr. Witold Nowicki

ze Lwowa na temat: Zagadnienie choroby raka w nauce i życiu społecznem. Na ostatniem posiedzeniu przemówienie, poświęcone pamięci J. Mianowskiego, z powodu 50-lecia Jego śmierci, wygłosi Prof. A. Wrzosek z Poznania.

Na popołudnie 26. IX. 29 r. jest przewidziane wspólne posiedzenie Sekcji Psychjatrycznej i Neurologicznej na temat: Psychopatja konstytucjonalna, z referentami:

Dr. E. Minkowski. O dziedziczności.
Dr. J. Mazurkiewicz. Życie afektywne psychopatów.
Dr. Gawroński. Metody leczenia psychopatów.
Dr. Wilczkowski. Badanie serologiczne psychopatów.
Dr. W. Sterling. Postacie psychopatyczne.
Dr. N. Grzegorzewska i Rozenblumówna. Dzieci psychopatyczne.
Dr. J. Nelken. Psychopatja w wojsku.
Dr. W. Łuniewski. Sądowo-psychj. znaczenie psychopatji.

W dniu 27. IX. 29 r. o godz. 10-ej rano wspólne posiedzenie z Sekcją Psychjatryczną, na którem zostaną wygłoszone referaty:

Doc. Dr. M Rose. Zasady architektonicznej lokalizacji w korze mózgowej. Dr. J. Hurynowiczówna. O znaczeniu chronaksji w fizjologji i klinice.

Tegoż dnia po południu posiedzenie Sekcji Neurologicznej z tematem głównym: Nowotworowatość opon,— referenci Dr. Arendt (część kliniczna), Dr. Z. Messing (część anatomiczna). Referaty luźne: Prof. St. Władyczko. Współczesne poglądy na histerję.

Dnia 28. IX. 29 r. przedpołudniowe posiedzenie Sekcji Neurologicznej z tematem głównym: Dystonja. Referenci: Dr. Brzezicki i Dr. Dzierżyński. Potem referaty luźne. Tegoż dnia po południu Posiedzenie Sekcji Neurologicznej będzie poświęcone: 1) Sprawie utworzenia Polskiego T-wa Neurogicznego (referuje Prof. St. Władyczko). 2) Referaty luźne: W. Niechay (hospitant Kliniki Neurologicznej U. S. B.) i Dr. J. Hurynowicz. Zmiany we krwi u chorych na kiłę systemu nerwowego (doniesienie tymczasowe).

Dnia 29. IX.29 r. Zamknięcie Zjazdu

Podając powyższe informacje, Zarząd Sekcji Neurologicznej uprasza o nadsyłanie zgłoszeń, odczytów luźnych oraz streszczeń referatów do dnia 15. lipca b. r. W pamiętniku Zjazdu wykłady ogólne będą drukowane w całości; na referaty programowe w sekcjach rezerwuje się cztery stronice druku, na referaty mniejsze po 1/2 stronicy.

W myśl postanowień Statutu (§25) na posiedzeniach sekcyjnych prelegenci mają prawo mówić 20 minut. W dyskusji wolno zabierać głos dwa razy po 10 minut.

Sekcja mieszkaniowa uprasza wszystkich członków i uczestników Zjazdu o zgłoszenie swego udziału przed dniem 31. sierpnia w celu przygotowania odpowiednich mieszkań. Zawiadomienia należy skierować do przewodniczącego sekcji D-ra H. Rudzińskiego, ul. Wielka 51 (Wojew. Urząd Zdrowia) z podaniem życzenia co do mieszkania (w hotelu, w domach prywatnych, w klinikach). Dla członków i uczestników Zjazdu są przewidziane zniżki kolejowe w granicach przyjętych przez Zarząd Kolejowy (66%-wa zniżka w drodze powrotnej).

Sekcja wycieczkowa pod kierownictwem Prof. M. Limanowskiego i Prof. B. Rydzewskiego organizuje szereg wycieczek w okolice Wilna. Zwiedzanie miasta odbędzie się pod kierownictwem prof. Ruszczyca.

Na okres Zjazdu będzie czynną wystawa. Przewodniczącym sekcji wystawowej Prof. J. Muszyński (Wielka 24).

Udział w Zjeździe ustalono: dla członków zł 30, dla uczestników zł. 20. Komitet organizacyjny prosi wszystkich członków i uczestników o nadsyłanie wkładek przy zamawianiu mieszkania do P. K. O. konto Nr. 81309.

Zarząd Sekcji, Zygmuntowska 4—1: Prof. St. Władyczko oraz Dr. J. Hurynowiczówna, ul. Mickiewicza 15 m. 6, Wilno.

Sekretarz (—) dr. J. Hurynowicz.

Przewodniczący (—) prof. S. Władyczko.

Komitet Organizacyjny VII Zjazdu
Lekarzy i Działaczy Samorządowych.

Komunikat.

Dnia 7—8 września r. b. odbędzie się w Poznaniu z ramienia Związku Miast Polskich doroczny Walny Zjazd Lekarzy i Działaczy Samorządowych.

Komitet Organizacyjny Zjazdu prosi Panów Lekarzy, Działaczy Samorządowych i Społecznych pracujących w dziedzinie zdrowotności publicznej, o jaknajliczniejszy udział w Zjeździe, którego charakter ze względu na przypadający okres pierwszego dziesięciolecia Niepodległości Polskiej powinien stać się wyrazem postępów poczynionych na polu zdrowia publicznego w miastach polskich i dać wytyczne pracy na przyszłość.

Program Zjazdu jest następujący:

Dn. 7-go września, sobota, godz. 10 ta, Otwarcie Zjazdu:

„ „ do 14-ej Referat: Organizacja i zakres działania samorządowej służby zdrowia w miastach polskich. Referent: Dr. Kasprzak Marcin, Kierownik Działu Epidemjologiczno - Statystycznego Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie. Koreferaty: „Stan Sanitarno-porządkowy miast polskich" Koreferent: Inż. Rudolf Zygmunt (Departament Służby Zdrowia w Warszawie M. S. W.). Koreferat: „Sprawy medycyny zapobiegawczej w miastach polskich". Koreferent: Dr. Czesław Wrończyński (Naczelny Lekarz Kasy Chorych m. st. Warszawy).

godz. 21-sza Raut w Ratuszu wydany przez Prezydenta Miasta.

Dn. 8-go września, niedziela.

godz. 9.ta—14.ta. I. Referat: „Współdziałanie opieki społecznej z działalnością służby zdrowia". Refererent P. Wilczyński (Naczelnik Wydz. Opieki Społecznej w Województwie Poznańskiem) Koreferent: Dr. Margolis Aleksander (Łódź), Przewodniczący Wydziału Zdrowia Magistratu m. Łodzi. II. Referat: „Stan budownictwa szpitalnego w niepodległej Polsce i sprawy szpitali na Międzynarodowym Kongresie Szpitalnictwa w Ameryce. Koreferat: „Walka z zakażeniami wewnątrzszpitalnemi w związku z organizacją i budową szpitali". Koreferent: profesor Dr. Szenajch Władysław (Naczelny Lekarz Szpitala Karola i Marji w Warszawie).

Po południu zwiedzianie wystawy Powszechnej Krajowej i zwiedzanie autobusami urządzeń sanitarnych miejskich.

Uwaga: Uczestnictwo w Zjeździe należy zgłosić do dnia 1-go września b. r. na ręce Naczelnika Wydziału Zdrowia Magistratu m. Poznania Dr. Tadeusza Szulca (adres: Poznań-Ratusz). — Wpisowe na Zjazd wynosi 10 zł; może być uiszczone w chwili przybycia do Poznania.

W zgłoszeniach należy nadmienić żądanie zarezerwowania noclegów.

Komunikat

Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w sprawie kursu wyszkolenia i stypendjów dla lekarzy, pragnących wstąpić do państwowej służby zdrowia.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż organizuje w r. bieżącym w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie specjalny kurs wyszkolenia dla lekarzy, którzy pragnęliby poświęcić się publicznej służbie zdrowia.

Kurs trwać będzie 9 miesięcy, a mianowicie od dnia 2 września r. 1929 do dnia 31 maja r. 1930 (w czem 6 miesięcy studjów teoretycznych oraz 3 miesiące praktyki administracyjno-sanitarnej).

Kandydaci, zgłaszający się na kurs, mogą się ubiegać o przyznanie im przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych na czas trwania kursu stypendjum pod warunkiem, iż złożą zobowiązanie, że po ukończeniu kursu pozostaną na żądanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przynajmniej przez 2 lata w służbie przy państwowych władzach administracyjno-sanitarnych na zasadach ogólnych, określonych ustawą o państwowej służbie cywilnej, a to pod rygorem zwrotu otrzymanego stypendjum.

Stypendjum będzie wynosić 350 złotych miesięcznie.

W czasie pobytu na kursie w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie stypendyści, a w miarę możności i pozostali uczestnicy kursu, będą mogli korzystać z bursy, istniejącej przy tej Szkole, za opłatą kosztów utrzymania.

Podania o dopuszczenie na kurs, a ewent. i przyznanie stypendjum, należy wnosić do dnia 1 sierpnia r. b. do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie (ul. Nowowiejska 39) z załączeniem curriculum vitae oraz dowodów (oryginalnych bądź należycie uwierzytelnionych), stwierdzających:

a) wiek kandydata.
b) posiadanie obywatelstwa polskiego.
c) ukończenie studjów lekarskich i posiadanie prawa wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, i
d) stosunek do służby wojskowej.

Ponadto należy w podaniu wskazać przynajmniej 2 bardziej znane osoby, które mogłyby udzielić opinji o kandydacie. Kandydaci, ubiegający się o stypendjum, powinni dołączyć zobowiązanie, o którem była mowa wyżej.

„Trzeźwość“,

miesięcznik ilustrowany, ukazał się Nr. 4 za kwiecień, i zawiera treść następującą:

Odpowiedź Prezydenta Hoovera-Kazimierz Kalinowski „Polskie być albo nie być“-Basen. Wojciech Wiącek "Pamiętniki z woj-

ska austryjackiego"- Tadeusz Olpiński "Życiorys kardynała Manninga"- sen. Aleksander Iżycki „Z pola walki o lepsze jutro". Ryki-Mielnica. M. Skiba „Alkoholizm inteligencji" (opój w "polskiem radjo") —Ela Oleska „Iskra rozdmuchana" (Kurs alkohologji w Krakowie) — Antonina Tatarówna „Z Podhala"- M. Skiba „Z wystawy przeciwalkoholowej „Trzeźwości" Organizujmy się! Kurs alkohologji w Krakowie- Kurs alkohologji w Brześciu Kujawskim (z rysunkiem) — Prohibicja w Polsce- Przegląd Prasy- Kronika. Numer przedstawia się bardzo interesująco, zawiera dużo bogatego materjału.

Prenumerata roczna 6 zł. z przesyłką, wpłacać na konto P. K. O. Nr. 270.

Polecamy łaskawej uwadze W. W. P. P. Lekarzy „Przegląd Naukowego Piśmiennictwa Lekarskiego" za rok 1928, dotyczący preparatów leczniczych wyrabianych przez Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne LUDWIK SPIESS I SYN, Sp. Akc., Warszawa. „Przegląd" zawiera zestawienie artykułów, jakie ukazały się tak w polskiem jak i w obcem piśmiennictwie lekarskiem.

Ze względu na stale wzrastające zainteresowanie poszczególnymi preparatami wymienionej firmy, broszurka stanowi cenny przyczynek do rodzimego piśmiennictwa lekarskiego.

Konkurs.

Koło Lekarzy Towarzystwa „**Pomoc Lekarska**" przy ul. Grzybowskiej Nr. II, egzystującego od roku 1906 i mającego na celu niesienie pomocy lekarskiej ubogim bez różnicy wyznania, ogłasza **konkurs** za najlepszą pracę z biologji lub patologji żydów.

Nagroda wynosi 1.000 złotych.

Warunki konkursu.

1. O nagrodę mogą się ubiegać wszyscy lekarze Państwa Polskiego.
2. Praca, o rozmiarze dowolnym, winna być napisana maszynowo na jednej stronie arkusza kancelaryjnego z marginesami, podpisana obranem godłem. Wraz z pracą należy nadesłać zamkniętą kopertę opatrzoną tem samem godłem, wewnątrz zawierającą imię, nazwisko i dokładny adres autora. Prace należy przysłać w 3-ch egzemplarzach.

3. Termin nadsyłania prac upływa z dniem 30 czerwca 1930 r.
4. Gdyby żadna z prac nie została zakwalifikowana, nagroda 1,000 zł. zostanie podzielona na dwie mniejsze po 500 złotych za prace najwięcej wyróżnione.
5. W razie zakwalifikowania do nagrody kilku prac jednakowej wartości pierwszeństwo przyznane będzie pracy lekarza pracującego przy T-wie „Pomoc Lekarska".
6. Wynik konkursu ogłoszony będzie dnia I pazdziernika 1930 r.
7. Koło Lekarzy przy T-wie „P. L." zastrzega sobie prawo ogłoszenia nagrodzonych prac w swym ewentualnym pamiętniku.

Personalja.

Zakład Psychjatryczny Dziekanka.

Wstąpili do służby: dr. Fr. Wilczyński dnia 18. 10. 28, dr. A. Liszka dnia 15. 11. 28, dr. W. Gorzkowski dnia 1. 1. 29, dr. St. Świerczek dnia 15. 1. 29, dr. Zbigniew Tustanowski dnia 8. 4. 29, dr. Fr. Ksok dnia 8. 5. 29, dr. T. Rajewski dnia 1. 7. 29.

Opuścili służbę: dr. A. Liszka dnia 28. 2. 29, dr. H. Zajączkowski dnia 15. 5. 29 (objął kierownictwo sanatorjum dla alkoholików w Świacku), dr. Fr. Ksok dnia 31. 7. 29.

Inne zakłady.

Dyrektor Zakładu Psychjatrycznego w Chełmie dr. Fuhrmann objął kierownictwo Zakładu Psychjatrycznego w Kulparkowie.

